UNIWERSYTET MARII-CURIE SKŁODOWSKIEJ W LUBLINIE

WYDZIAŁ EKONOMICZNY

KATEDRA POLITYKI GOSPODARCZEJ I REGIONALNEJ



mgr Łukasz Jasiński

PROCESY RYNKOWE A INTERWENCJONIZM W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA STANÓW ZJEDNOCZONYCH AMERYKI W UJĘCIU AUSTRIACKIEJ SZKOŁY EKONOMII

Rozprawa doktorska

Promotor

dr hab. Mateusz Machaj, prof. UWr

LUBLIN 2021

Oświadczenie autora pracy

Świadom(a) odpowiedzialności prawnej oświadczam, że niniejsza rozprawa doktorska została wykonana przeze mnie samodzielnie i nie zawiera treści uzyskanych w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami.

Oświadczam również, że praca nie była wcześniej przedmiotem procedur związanych z uzyskaniem stopnia naukowego w wyższej uczelni.

Data……………….. *Podpis autora pracy………………..*

Pragnę szczególnie podziękować Panom Profesorom:
Mateuszowi Machajowi oraz Witoldowi Kwaśnickiemu
za wiele cennych wskazówek, cierpliwość
oraz motywację do systematycznej pracy

Niniejszą pracę dedykuję:

Murrayowi N. Rothbardowi –
najważniejszemu ekonomiście szkoły austriackiej

oraz

Epaminondasowi – Pierwszemu pośród Greków

Spis treści

WSTĘP 11

ROZDZIAŁ 1

PROCESY RYNKOWE I INTERWENCJONIZM W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA 15

1.1. Ubezpieczenie jako instytucja rynkowa 16
1.1.1. Niepewność jako główna przyczyna powstania ubezpieczeń 16
1.1.2. Prawdopodobieństwo a ryzyko 19
1.1.3. Zdrowie jako przedmiot ubezpieczenia 30
1.1.4. Rynek ubezpieczeń zdrowotnych jako efekt procesów przedsiębiorczych 35
1.1.5. Prywatne a powszechne (publiczne) ubezpieczenia zdrowotne 49

1.2. Alternatywne rynkowe formy finansowania dostępu do usług medycznych 52
1.2.1. Płatności bezpośrednie 52
1.2.2. Medyczne konta oszczędnościowe 54
1.2.3. Abonamenty medyczne 57
1.2.4. Działalność charytatywna 60

1.3. System ochrony zdrowia jako element gospodarki rynkowej 63
1.3.1. Relacje pomiędzy poszczególnymi formami finansowania dostępu do usług medycznych 63
1.3.2. Prywatny system ochrony zdrowia a tzw. *zawodności rynku* 72

1.4. Interwencjonizm w systemie ochrony zdrowia 86
1.4.1. Definicja i istota interwencjonizmu 86
1.4.2. Wybrane możliwe interwencje na rynku ochrony zdrowia oraz ich skutki 93

ROZDZIAŁ 2

POWSZECHNY SYSTEM OCHRONY ZDROWIA JAKO SKUTEK INTERWENCJI PAŃSTWA 100

2.1. Powszechny system ochrony zdrowia 101
2.1.1. Definicja powszechnego systemu ochrony zdrowia 101
2.1.2. Ogólne zasady funkcjonowania oraz cele 107
2.1.3. Źródła finansowania 111
2.1.4. Pojęcie i znaczenie zdrowia w wymiarze indywidualnym oraz społecznym 115

2.2. Podstawowe modele systemu ochrony zdrowia 118
2.2.1. Model ubezpieczeniowy – niemiecki 118
2.2.2. Model zaopatrzeniowy – brytyjski 121
2.2.3. Model socjalistyczny – radziecki 123
2.2.4. Model „rynkowy" – amerykański 125

2.3. Charakterystyka i funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia w wybranych krajach 127
2.3.1. Szwajcaria 127
2.3.2. Niemcy 135
2.3.3. Wielka Brytania 142
2.3.4. Singapur 147
2.3.5. Polska 152
2.3.6. Podobieństwa i różnice pomiędzy wybranymi krajami a Stanami Zjednoczonymi Ameryki 156

ROZDZIAŁ 3

EWOLUCJA INTERWENCJONIZMU W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA STANÓW ZJEDNOCZONYCH AMERYKI 158

3.1. System ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych Ameryki przed 2014 r. – ogólny kształt oraz zarys funkcjonowania 160

3.2. Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne (American Medical Association – AMA) 183

3.3. Agencja ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration – FDA) 202

3.4. Ubezpieczenia społeczne 240

3.5. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne 275

3.6. Szpitalnictwo 338

ROZDZIAŁ 4

REFORMA PATIENT PROTECTION AND AFFRODABLE CARE ACT (PPACA) Z 2014 R. . 361

4.1. Przyczyny wprowadzenia reformy PPACA 363
4.1.1 Wzrost kosztów 363
4.1.2. Znaczny odsetek osób nieubezpieczonych 374
4.1.3. Pozostałe przyczyny 395

4.2. Cele i zmiany jakie wprowadziła PPACA 400
4.2.1. Utworzenie Healthcare Insurance Marketplace 400
4.2.2. Zmiany na rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych 412
4.2.3. Zmiany na rynku farmaceutycznym 419
4.2.4. Pozostałe zmiany 424

4.3. Skutki wprowadzonych zmian 426
4.3.1. Quasi–rynek Healthcare Insurance Marketplace 426
4.3.2. Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych 465
4.3.3. Rynek farmaceutyczny 474
4.3.4. Pozostałe skutki 480

ROZDZIAŁ 5

PROPOZYCJE MODYFIKACJI ROZWIĄZAŃ WPROWADZONYCH PRZEZ PPACA ORAZ ICH OCENA 490

5.1. Przyczyny prób wprowadzenia kolejnych zmian 491

5.2. American Health Care Act (AHCA) 495

5.3. Pozostałe propozycje zmian 504

5.4. Ocena zasadności wprowadzenia PPACA oraz propozycji jej dalszych modyfikacji 507

ZAKOŃCZENIE..518

BIBLIOGRAFIA..520

SPIS RYSUNKÓW..554

SPIS TABEL..558

Wstęp

Niniejsza praca koncentruje się na problematyce funkcjonowania amerykańskiego systemu ochrony zdrowia – w szczególności na relacjach pomiędzy rządowym interwencjonizmem a procesami rynkowymi. Istnieje wiele mylnych wyobrażeń na temat systemu amerykańskiego, zwłaszcza co do jego rynkowego charakteru. Po części wynika to braku przymusu ubezpieczenia zdrowotnego czy znacznej popularności ubezpieczeń prywatnych. Permanentne problemy z jakimi zmaga się ten system, m. in. w postaci znacznego wzrostu kosztów i wydatków na świadczenia medyczne czy relatywnie wysokiego odsetka osób nieubezpieczonych powodują, że co pewien czas powracają pomysły utworzenia systemu jednego płatnika, czyli objęcia rządowym ubezpieczeniem zdrowotnym wszystkich Amerykanów. Oprócz tego proponowane i wdrażane są mniej radykalne propozycje mające za zadanie naprawić rzekome defekty rynku jak np. Patient Protection and Affrodable Care Act (ObamaCare), która miała zapewnić dostęp do świadczeń medycznych osobom o niższych dochodach.

Dlatego jednym z celów tej pracy jest zbadanie wpływu rządowych interwencji na swobodne procesy rynkowe. Interwencje te mają długą historię i obejmują wiele obszarów amerykańskiego systemu: rynek ubezpieczeń zdrowotnych, proces kształcenia lekarzy, szpitalnictwo, ubezpieczenia rządowe przeznaczone dla osób starszych oraz biednych czy regulacje obejmujące wprowadzanie leków na rynek. Ich ostateczną konsekwencją jest nierynkowe pobudzanie popytu na świadczenia medyczne przy jednoczesnym ograniczaniu ich podaży (i konkurencji).

Głównym problemem badawczym pracy jest próba odpowiedzi na pytanie czy te interwencje są zasadne tzn. czy rzeczywiście poprawiają dostępność do świadczeń medycznych oraz czy są w stanie obniżyć koszty jak twierdzą ich zwolennicy. Ponadto, przedstawiona została argumentacja (zarówno od strony teoretycznej jak i praktycznej) na rzecz wielu rozwiązań rynkowych stanowiących racjonalną i realną alternatywę dla interwencjonizmu we wskazanych obszarach – co stanowi główny cel pracy.

W realizacji tych zadań niezwykle pomocny będzie dorobek szkoły austriackiej poświęcony kompleksowej analizie poszczególnych przypadków interwencji państwa. Zostanie także zwrócona uwaga na fakt, że zawodność poprzednich interwencji

prowadzi do kolejnych co powoduje, że dany obszar gospodarki, w tym wypadku system ochrony zdrowia, podlega coraz większej liczbie interwencji – zarówno od strony fiskalnej jak i regulacyjnej. W wyjaśnianiu złożonych zjawisk gospodarczych istotną rolę będzie odgrywała również analiza obejmująca związki przyczynowo skutkowe oraz sprowadzająca zjawiska makroekonomiczne do ich mikroekonomicznych elementów.

W rozdziale pierwszym opisane zostały teoretyczne aspekty funkcjonowania rynkowego systemu ochrony zdrowia oraz interwencjonizmu. Szczególna uwaga poświęcona została instytucji ubezpieczenia. W duchu szkoły austriackiej ubezpieczenie jest instytucją rynkową, która powstaje i ewoluuje dzięki niekrępowanym procesom rynkowym tak jak np. pieniądz. Jednak oprócz samego ubezpieczenia ważne role w finansowaniu dostępu do świadczeń medycznych odgrywają abonamenty medyczne, płatności bezpośrednie czy działalność charytatywna. Ubezpieczenie nie musi być najpopularniejszą opcją, aby taki system sprawnie funkcjonował. Uzasadniono również stosowanie terminu: *system ochrony zdrowia* zamiast powszechnie używanej nazwy: *system opieki zdrowotnej*. Dodatkowo, poddane krytyce zostały wybrane obiekcje wskazujące na zawodności rynku – w tym asymetria informacji.

Rozdział drugi to bliższe spojrzenie na nierynkowe systemy ochrony zdrowia z dominującą rolą jednego płatnika. Zawiera on problematykę ich funkcjonowania, krótkie omówienie ich poszczególnych modeli oraz przykłady konkretnych krajów. Pozwala to na lepsze zrozumienie specyfiki systemu amerykańskiego.

Rozdział trzeci stanowi najobszerniejszą część pracy. Zawarta jest w nim historia poszczególnych interwencji we wskazanych obszarach amerykańskiego systemu – zarówno po stronie popytowej (ubezpieczenia prywatne i publiczne) jak i podażowej (lekarze, szpitale, leki). Dokładnej analizie została poddana zasadność ich wprowadzenia oraz skutki jakie przyniosły. W rozdziale tym uwzględnione zostały także liczne odniesienia do rynkowych rozwiązań jakie w ograniczonym zakresie funkcjonowały na tle tych interwencji. W poszczególnych jego częściach zwrócono także uwagę na dynamiczny charakter interwencjonizmu.

Z kolei czwarty oraz piąty rozdział opisują ostatnie zmiany w postaci tzw. reformy ObamaCare. Szczegółowo zostały omówione przyczyny ich wprowadzenia, cele oraz skutki jakie one przyniosły m. in. na rynku ubezpieczeń zdrowotnych i farmaceutycznym (rozdział czwarty). Część rozdziału czwartego została także poświęcona analizie zjawiska

tzw. *spirali przystępności* na specjalnie utworzonych *rynkach/giełdach* ubezpieczeniowych (Helathcare Insurance Marketplaces), co było jedną z konsekwencji wprowadzenia ObamaCare. Rozdział piąty zawiera wybrane propozycje zmian i modyfikacji ObamaCare proponowane zarówno przez Republikanów jak i Demokratów. Znajduje się w nim także podsumowanie i ocena ObamaCare.

Problem badawczy, cele rozprawy oraz hipotezy badawcze

Główny problem badawczy został zdefiniowany w formie pytania:

Czy i jakie są związki między zakresem regulowania procesów rynkowych w systemie ochrony zdrowia a poprawą dostępności do usług medycznych oraz obniżeniem kosztów finansowania opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych Ameryki?

Główny cel rozprawy doktorskiej to próba odpowiedzi na pytanie:

Czy system opieki zdrowotnej oparty na mechanizmach rynkowych może być racjonalną alternatywą dla państwowego interwencjonizmu we wskazanym obszarze?

Celowi głównemu zostały przyporządkowane następujące cele szczegółowe:

1. Dokonanie teoretycznej analizy funkcjonowania nieskrępowanych procesów rynkowych w systemie ochrony zdrowia oraz zbadanie wybranych państwowych interwencji i ich skutków we wskazanym obszarze z perspektywy austriackiej szkoły ekonomii.

2. Wskazanie przyczyn wybranych interwencji w systemie ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych oraz ich analiza.

3. Określenie skutków stosowanych interwencji (przed reformą PPACA) oraz ich wpływu na procesy rynkowe oraz na zmiany w amerykańskim systemie ochrony zdrowia.

4. Analiza zmian podjętych w ramach reformy PPACA oraz ich wpływu na główny cel reformy – obniżenie (zwłaszcza osobom ubogim) kosztów finansowania opieki

zdrowotnej.

Na podstawie sformułowanych problemów badawczych postawiono następujące hipotezy:

H1: Ograniczony dostęp do usług medycznych, stały wzrost kosztów finansowania opieki zdrowotnej czy relatywnie duży odsetek osób nieubezpieczonych w amerykańskim systemie ochrony zdrowia są efektem długoterminowego interwencjonizmu państwowego, który w szczególności prowadzi do nierynkowego pobudzania popytu na usługi medyczne wraz z nierynkowym ograniczaniem ich podaży.

H2: Kolejne interwencje państwa tworzą coraz bardziej zintegrowaną strukturę ograniczającą procesy rynkowe oraz ukierunkowującą amerykański system ochrony zdrowia na system jednego płatnika – powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego finansowanego przez państwo (single–payer system).

H3: Zmiany jakie wprowadziła reforma PPACA z 2014 r. nie osiągnęły głównego celu (w postaci obniżenia osobom ubogim kosztów finansowania opieki zdrowotnej) ze względu na zjawisko zwane *spiralą przystępności*, które wystąpiło na specjalnie utworzonych przez państwo quasi-rynkach ubezpieczeniowych – Helathcare Insurance Marketplace.

Rozdział 1.

PROCESY RYNKOWE I INTERWENCJONIZM W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Wstęp

Argumenty na rzecz rynkowych rozwiązań w systemie ochrony zdrowia jakiegokolwiek kraju w pierwszej kolejności muszą być oparte na poprawnym teoretycznym wnioskowaniu, które będzie w stanie odpowiednio ukazać specyfikę tych procesów oraz charakterystykę ich poszczególnych elementów.

Kwestia ta dotyczy zwłaszcza instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, które na przestrzeni wielu dekad coraz bardziej traci swój rynkowy charakter. Jednak, aby móc odpowiednio interpretować te zachodzące zmiany oraz ich skutki najpierw należy przedstawić warunki niezbędne do powstania i odpowiedniego funkcjonowania tej instytucji. Ubezpieczenie posiada bowiem pewne ograniczenia, które nie pozwalają na kompleksowe finansowanie dostępu do świadczeń medycznych całemu społeczeństwu. Błędem byłoby jednak postrzeganie tych ograniczeń jako wady ubezpieczenia – jest to bardziej określona specyfika tej instytucji. Dlatego musi ona zostać *wsparta* przez inne rozwiązania jak np. płatności bezpośrednie czy działalność charytatywną.

Wpłynie to także pozytywnie na proces konkurencji oraz pozwoli na uniknięcie wielu problemów obecnych w systemach publicznych np. braku negatywnej selekcji czy pokusy nadużycia. Lepsze zrozumienie sposobu funkcjonowania rozwiązań rynkowych sprowadza się więc do odpowiedniego ukazania relacji pomiędzy poszczególnymi formami finansowania dostępu do świadczeń medycznych. Proces ich swobodnego kształtowania pozwala na powstanie racjonalnej struktury finansowania, która wcale nie wyklucza najbardziej potrzebujących.

Istotne jest również przedstawienie konstruktywnej krytyki interwencjonizmu oraz tzw. *zawodności rynku*, które mają być fundamentalną przeszkodą uniemożliwiającą zastosowanie rozwiązań rynkowych we wskazanym obszarze.

1.1. Ubezpieczenie jako instytucja rynkowa

1.1.1. Niepewność jako główna przyczyna powstania ubezpieczeń

Niepewność jest nierozerwalnie związana z przyszłością[1] i ludzkim działaniem. Niepewność, rozumiana jako brak całkowitej pewności człowieka co do wystąpienia przyszłych zdarzeń zachodzących w świecie rzeczywistym powoduje, że podejmuje on działanie (angażuje odpowiednie środki) w celu zaspokojenia swoich potrzeb (usunięcia dyskomfortu), co równoznaczne jest z eliminacją lub ograniczeniem tejże niepewności. Istnienie niepewności nadaje zatem ludzkiemu działaniu wymiar spekulacyjny. [2] Przyszłość może przynieść zdarzenia skutkujące poprawą lub pogorszeniem sytuacji jednostki. Człowiek wykazuje się więc determinacją w celu jak najlepszego poznania przyszłych warunków (rozpoznania szans oraz zagrożeń) dzięki czemu będzie mógł lepiej zaspokajać swoje potrzeby. Można wskazać dwa główne źródła (sfery) niepewności: niepoznane dostatecznie zjawiska naturalne oraz działania ludzi polegające na wyborze poszczególnych celów oraz środków do ich realizacji.[3]

Samo występowanie niepewności nie stanowi zatem ograniczenia dla ludzkiego działania. Człowiek próbując sprostać wyzwaniom przyszłości w unikalny sposób wykorzystuje swoją wiedzę, doświadczenie i kreatywność. Jak wskazuje Jesus Huerta De Soto:

Każda osoba działająca, aby zmienić teraźniejszość i osiągnąć swoje cele w przyszłości, uruchamia funkcję przedsiębiorczą.[4]

---

[1] Stwierdzenie to jest również prawdziwe dla nauk zajmujących się przeszłością jak np. historia. Chociaż dotyczy ona zdarzeń minionych to samo badanie jest aktem działania. Niepewność w tym zakresie jest więc ściśle związana z pragnieniem znalezienia odpowiedzi (w przyszłości) na trapiące historyków pytania. Np. co miało większy wpływ na upadek Cesarstwa Rzymskiego? Najazdy barbarzyńców czy problemy wewnętrzne (gospodarcze)? Jest to także kwestia poszukiwania przez historyków odpowiednich informacji na ten temat co poszerza ich wiedzę oraz ogranicza wspomnianą niepewność.

[2] Spekulację należy zatem zdefiniować szeroko – jako celowe działania prowadzące człowieka do osiągnięcia wyznaczonego przez niego celu w warunkach niepewności. Termin ten nie ma więc tutaj potocznego i negatywnego znaczenia, tak często mu przypisywanego.

[3] L. von Mises, *Ludzkie działanie. Traktat o ekonomii*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 90.

[4] J. Huerta De Soto, *Socjalizm, rachunek ekonomiczny i funkcja przedsiębiorcza*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 17.

Przedsiębiorczość można uznać za kluczową umiejętność człowieka służącą do ograniczania lub eliminacji niepewności. Co można uznać za pewien paradoks, z jednej strony dzięki przedsiębiorczości możliwe jest wyeliminowanie pewnego zakresu niepewności. Z drugiej strony sama przedsiębiorczość, zwłaszcza na etapie wizji oraz tworzenia nowych planów, tę niepewność poszerza. Tego rodzaju *niepewność* nie ma jednak charakteru pejoratywnego, a daje nadzieję na lepsze jutro.[5] Przykładowo, społeczeństwa doświadczające stałej poprawy swoich warunków materialnych wskutek rewolucji przemysłowej nie potrafiły wskazać dokładnego kierunku zmian technologicznych czy konkretnych wynalazków jakie powstaną w przyszłości, jednak intuicyjnie zdawały sobie sprawę, że procesy te się już rozpoczęły i pozytywne rezultaty wystąpią w bliższej lub dalszej przyszłości.

Niepewność jest tak bardzo związana z bytem człowieka, że trudno sobie nawet wyobrazić rzeczywistość, w której przyszłość jest dokładnie znana. W tego rodzaju świecie nie byłoby miejsca dla ludzkiego działania. Nie występowałaby przedsiębiorczość i ekonomiczna kalkulacja, gdyż wszystkie możliwe działania i ich skutki byłyby już z góry znane (odkryte). W takiej rzeczywistości nie byłoby również *przestrzeni* dla powstania i rozwoju instytucji ubezpieczenia. Pewność można rozumieć dwojako: że pewne zdarzenia będą miały miejsce lub nie. Nie istnieje trzecia możliwość, nie istnieje opcja: być może dane zdarzenie się pojawi. W pierwszym przypadku wiadomo np. komu spali się dom a komu nie, zatem osoby, które doświadczyły szkody otrzymałyby odszkodowania nie tyle z ubezpieczenia, co z góry zaplanowanych (co do czasu i wysokości odszkodowania) transferów kapitałowych od reszty społeczeństwa.[6] Ubezpieczyciel nie zatrudniałby pracowników odpowiedzialnych za identyfikację, selekcję czy kwalifikację ryzyka. Zawody takie jak underwriter czy aktuariusz zwyczajnie by nie istniały. W świecie pewności byłyby niepotrzebnym kosztem. Podobna sytuacja miałaby miejsce, kiedy pewne zdarzenia w ogóle nie miałyby miejsca. Jeśli nie występuje dane (negatywne) zdarzenie to nie może istnieć również jego przyczyna mogąca

---

[5] Nawet jeśli przedsiębiorca popełniłby błąd, to powstała strata bardzo szybko by go ujawniła. Błędów nie da się uniknąć, jednak mechanizm zysków i strat pozwala na ich szybką identyfikację, co jednocześnie daje szansę konkurencji na zajęcie miejsca tych producentów, którzy gorzej przewidywali potrzeby konsumentów.

[6] Nie byłyby to nawet odszkodowania wypłacane w pieniądzu, a w abstrakcyjnych jednostkach rozliczeniowych. Więcej na ten temat zob. L. von Mises, *Ludzkie działanie. Traktat o ekonomii*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 216.

spowodować niekorzystne dla jednostki skutki. Przykładowo w świecie całkowitej pewności nie musiałoby dochodzić do wypadków samochodowych czy stłuczek, gdyż zawczasu można by im przeciwdziałać. Brak możliwości wystąpienia danego zdarzenia w przyszłości nie wywoła u jednostki poczucia niepewności (dyskomfortu), której będzie chciała przeciwdziałać poprzez zakup ubezpieczenia.

Dlatego niepewność należy uznać za pierwszy, konieczny czynnik, pewnego rodzaju *sferę*, w której, dzięki ludzkiej przedsiębiorczości, powstała i ewoluowała instytucja ubezpieczenia. W tym miejscu należy, jednakże podkreślić, że samo istnienie niepewności nie wystarczy do powstania ubezpieczenia, które słusznie, kojarzone jest takimi pojęciami jak prawdopodobieństwo i (zwłaszcza) ryzyko. Muszą zatem zostać spełnione jeszcze inne istotne warunki.

Warto także nadmienić, że chociaż przyszłość oraz niepewność są terminami intuicyjnie podobnie lub tak samo rozumianymi przez większość ludzi, to jednocześnie są one dla każdego człowieka z osobna inaczej postrzegane. W tym sensie nie są one jednorodne. Każdy człowiek tworzy swoją własną wizję przyszłości (ustanawia cele) i dąży do jej realizacji na podstawie własnych działań. Realizując wcześniej założone cele jednostka urzeczywistnia swoje plany, nie ma jednak poczucia, że jej działania stanowią pewien wkład do *ogólnej przyszłości*. Oczywiście, ludzie są świadomi zbieżności swoich potrzeb. Większość marzy np. o własnym mieszkaniu czy domu, a w świecie niedostatku dóbr ich potrzeby starają się jak najlepiej zaspokajać przedsiębiorcy (producenci). Rozpoznanie zbieżności potrzeb (i kosztów jakie są w stanie ponieść konsumenci) stanowi zatem ważny element działalności przedsiębiorczej i daje szansę na osiągnięcie zysku. Im lepiej przedsiębiorcy rozpoznają zbieżność potrzeb i kosztów tym większe są szanse na zyski. Obserwacja ta jest również prawdziwa i szczególnie istotna dla rynku ubezpieczeń.

1.1.2. Prawdopodobieństwo a ryzyko

Chociaż pojęcia prawdopodobieństwa, ryzyka oraz niepewności są ze sobą powiązane, to umiejętne ich rozróżnienie stanowi ważny krok do zrozumienia genezy instytucji ubezpieczenia. Samo pojęcie prawdopodobieństwa jest dosyć ogólne i zakłada możliwość wystąpienia danego zdarzenia w przyszłości. Niektóre zdarzenia, a dokładniej prawdopodobieństwo ich przyszłego zajścia, można jednak przedstawić za pomocą pojęć, symboli czy modeli matematycznych, co może ułatwić podejmowanie decyzji w świecie niepewności. Kwestia możliwości zastosowania liczb pozwala na wyodrębnienie dwóch rodzajów prawdopodobieństwa: prawdopodobieństwa klas (*class probability*) oraz prawdopodobieństwa zdarzeń jednostkowych (*case probability*).[7]

Ludwig von Mises, który jest twórcą tak przedstawionej klasyfikacji prawdopodobieństwa, wskazuje, że:

O prawdopodobieństwie klas mówimy wtedy, gdy wiemy lub sądzimy, że wiemy wszystko na temat przebiegu zdarzeń lub zjawisk należących do danej klasy. Nie wiemy natomiast nic o rzeczywistych pojedynczych zdarzeniach lub zjawiskach, poza tym, że są one elementami tej klasy.[8]

Załóżmy, że posiadamy dane statystyczne z kilkudziesięciu ostatnich lat, z których wynika, że np. na 10.000 domów, każdego roku 5 ulega pożarom. Te informacje tworzą klasę (grupę) określonych, jednorodnych zdarzeń. Nie wiadomo konkretnie, który dom ulegnie pożarowi (nie posiadamy na ten temat żadnych informacji), ale zakłada się, że w kolejnym roku ich liczba będzie taka sama, jeśli nie wystąpią inne czynniki zwiększające lub zmniejszające prawdopodobieństwo zajścia takiego zdarzenia. Podobne wnioski można wyciągnąć opierając się np. o średnią długość życia danej populacji. Chociaż średnia wieku członków pewnej społeczności jest znana i wynosi np. 78 lat, to na tej podstawie nie można oszacować długości życia poszczególnych jej członków. Posiadamy wiedzę na temat całej klasy zdarzeń, natomiast nic nie wiemy na temat poszczególnych jej elementów.

---

[7] L. von Mises, *Ludzkie działanie. Traktat o ekonomii*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 92.

[8] Ibidem, s. 92.

Zupełnie inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku prawdopodobieństwa zdarzeń jednostkowych (*case probability*). Mises stwierdza, że:

O prawdopodobieństwie zdarzeń jednostkowych mówimy wtedy, gdy zajmujemy się konkretnym zdarzeniem i znamy niektóre czynniki decydujące o tym, jaki będzie jego rezultat, o innych natomiast nic nie wiemy. Jedyną cechą wspólną prawdopodobieństwa zdarzeń jednostkowych i prawdopodobieństwa klas jest niekompletność naszej wiedzy. Poza tym oba te rodzaje prawdopodobieństwa są całkowicie odmienne.[9]

Ten rodzaj prawdopodobieństwa ma szczególne zastosowanie w ekonomii czy szerzej w prakseologii. Każdy akt ludzkiego działania jest unikatowy, między innymi ze względu na subiektywność sądów wartościujących działającej jednostki. Jak wskazuje Huerta De Soto:

Ilekroć człowiek działa i sięga do przedsiębiorczych zdolności, robi to w charakterystyczny, tylko jemu właściwy sposób, wynikający z jego osobistych celów i wizji świata, które działają jako bodźce, a które w całym ich bogactwie zna tylko on. Pozwala to każdemu człowiekowi posiąść jakąś wiedzę albo informacje, odkryte przez niego w związku z jego celami i okolicznościami, których żaden inny człowiek nigdy nie posiądzie w identycznej formie.[10]

Tego rodzaju prawdopodobieństwa nie da się przypisać do żadnej klasy właśnie z uwagi na fakt, że zdarzenia te nie są względem siebie jednorodne, lecz unikatowe. W tym ujęciu nie można mówić o częstości (powtarzalności) zdarzeń jak w przypadku prawdopodobieństwa klas. Za przykład może posłużyć mecz pomiędzy dwiema drużynami piłkarskimi np. Realu Madryt oraz UD Levante. Real Madryt posiada zdecydowanie większy budżet i lepszych zawodników. Co roku walczy o zdybcie jak największej ilości trofeów. Z kolei Levante jest klubem ze zdecydowanie mniejszymi

---

[9] Ibidem, s. 94; Warto wspomnieć, że Mises oparł się tutaj na dorobku swojego brata Richarda – wybitnego matematyka. R. von Mises wniósł ważny wkład w teorię prawdopodobieństwa. W swoim opracowaniu *Probability, Statistics, and Truth* stworzył on obiektywną lub „częstotliwościową" teorię prawdopodobieństwa, a więc taką którą można wyrazić liczbowo, co odpowiada prawdopodobieństwu klas L. von Misea. Więcej na ten temat zob. R. von Mises, *Probability, Statistics and Truth*, Courier Corporation, USA 1981; M. N. Rothbard, *The Correct Theory of Probability*, "Libertarian Review" 1975, nr 2, s. 9.

[10] J. Huerta De Soto, *Socjalizm, rachunek ekonomiczny i funkcja przedsiębiorcza*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 45.

aspiracjami, dla którego utrzymanie się w lidze jest satysfakcjonującym wynikiem. Można w uproszczeniu założyć, że uwzględniając wyniki z przeszłości na 10 spotkań rozgrywanych pomiędzy tymi zespołami, 9 zakończy się zwycięstwem Realu zaś w jednym zespołowi z przedmieść Walencji uda się zremisować lub wygrać. Jednak dane te, w perspektywie kolejnego meczu, nie pozwalają na całkowicie pewne stwierdzenie, że tak się stanie. Oceniając te szanse, dane z przeszłości nie mówią nic na temat najbliższego meczu, zawierają tylko informacje z przebiegu zdarzeń (wyników meczy) w przeszłości z uwzględnieniem przeszłych, szczególnych uwarunkowań. Nie wiadomo czy najbliższe spotkanie będzie akurat tym *jednym* w którym zespół z Madrytu nie odniesie zwycięstwa. Oczywiście, obiektywny obserwator z łatwością będzie w stanie stwierdzić, że szanse Realu na zwycięstwo są zdecydowanie większe (ze względu na lepsze umiejętności piłkarskie jego zawodników) w oparciu o część informacji jakimi dysponuje. Równie dobrze można sobie jednak wyobrazić, że ktoś po wnikliwej analizie "zaryzykuje" stwierdzenie, że Levante najbliższego meczu nie przegra. Oba te przypadki łączy fakt, że przewidywania dotyczące końcowego wyniku oparte są o niepełne dane. Gdyby było inaczej wynik z góry byłby znany.

Podobny tok rozumowania można zastosować również do innych przypadków, w których występuje ludzkie działanie jak chociażby do decyzji podejmowanych przez konsumentów (np. zakupu spodni w kolorze niebieskim czy czarnym), działań przedsiębiorców (brak pewności na osiągniecie zysku) czy wyborów prezydenckich. Wszystkie te przypadki są unikatowe z uwagi na fakt, że człowiek podejmując decyzje kieruje się rozumem – nie reaguje biernie na bodźce zewnętrzne.[11]

Chociaż te dwa rodzaje prawdopodobieństwa zdecydowanie się między sobą różnią, to możliwe jest pomylenie prawdopodobieństwa zdarzeń jednostkowych z prawdopodobieństwem klas. Błąd ten został określony przez Misesa jako tzw. złudzenie hazardzisty (*gambler's fallacy*).[12] Lekarz, po zdiagnozowaniu określonej

---

[11] Można stwierdzić, że szekspirowskie: *Być albo nie być? Oto jest pytanie,* świetnie oddaje naturę misesowskiego *case probability*. Chociaż, w tym "przypadku", możliwe są tylko dwa końcowe wyniki, to liczby (unikatowych) sposobów na osiągniecie któregoś z nich nie da się oszacować i pogrupować w odpowiednie klasy.

[12] Warto także wspomnieć, że zjawisko to było znane na długo przez Misesem. Przykładowo, pod koniec XVIII w. Pierre-Simon Laplace opisał ten błąd w swoim eseju. Laplace oparł swoją argumentację na obserwacjach oczekiwań mężczyzn co do prawdopodobieństwa posiadania synów. Przykładowo, wychodzili oni z założenia, że jeśli w okolicy urodzi się więcej córek, wówczas ich szanse na syna wzrosną

choroby u pacjenta informuje go, że podczas procesu leczenia na 100 przypadków 5 kończy się zgonem. Jeśli pacjent spyta się lekarza czy te 5 osób już umarło, będzie to oznaczać, że uległ on temu złudzeniu. Prognozowanie oparte tylko na części informacji obejmujących jeden, konkretny przypadek jest mało wiarygodne, dlatego w takich przypadkach wykorzystuje się wiedzę na temat zachowania się całej klasy. Zatem, jeśli rokowania dotyczące szans na przeżycie pacjenta mają być bardziej rzetelne należy porównać je do innych, takich samych przypadków (np. przeżywalność wśród mężczyzn do 30 roku życia itd.).[13] Lepsze zbadanie pacjenta pozwoli na uzyskanie większej ilości informacji i przypisanie go do innej klasy (określanej na podstawie większej ilości kryteriów), dalej jednak rokowania co do jego stanu zdrowia będą oparte o zachowanie się całej klasy.

Pomimo że w cytowanych fragmentach poświęconych prawdopodobieństwu nie występuje pojęcie ryzyka, to definicja *prawdopodobieństwa klas* dobrze mu odpowiada. W literaturze przedmiotu termin ryzyko jest zwykle kojarzony z Frankiem H. Knightem, któremu przypisuje się wprowadzenia rozróżnienia pomiędzy ryzykiem a niepewnością.[14] O ryzyku mówimy wówczas, gdy dane zdarzenie można zakwalifikować do odpowiednio licznej klasy takich samych zdarzeń, a częstość występowania zdarzeń przynależnych do tej danej klasy można ze znaczną pewnością określić w formie matematycznej, to znaczy przedstawić za pomocą rachunku prawdopodobieństwa.[15] W przypadku braku takiej możliwości według Knighta mamy do czynienia z niepewnością, czyli zdarzeniami, których nie da się przedstawić za pomocą liczb. Mówiąc inaczej różnica pomiędzy ryzykiem a niepewnością sprowadza się do możliwości przedstawienia (wyrażenia) prawdopodobieństwa zajścia tych zdarzeń w postaci symboli matematycznych. Co ciekawe, dla samego Knighta rozróżnienie to służyło mu jedynie do stworzenia własnej klasyfikacji prawdopodobieństwa. Jak wskazują Nicolai J. Foss i Peter G. Klein:

i odwrotnie. Wiecej na ten temat zob. P. S. Laplace, *A philosophical essay on probabilities*, Dover, Nowy Jork 1951.

[13] L. von Mises, *Ludzkie działanie. Traktat o ekonomii*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 95.

[14] F. H. Knight, *Risk, uncertainty and profit*, August M. Kelly, Nowy Jork 1921, s. 233.

[15] Jest to nieco zmodyfikowana wersja definicji ryzyka jakiej użył M. N. Rothbard: *Z „ryzykiem" mamy do czynienia wtedy, gdy zdarzenie przynależy do licznej klasy jednorodnych zdarzeń, a częstość występowania tej klasy zdarzeń można ze znaczną pewnością określić* (M. N. Rothbard, *Ekonomia wolnego rynku*, Instytut Ludwiga von Misesa, Wrocław 2017, s. 443).

ta konkretna koncepcja jest wspominana jedynie mimochodem. Rozwinięty w rozdziale siódmym książki Knighta centralny punkt jego teorii zasadza się na klasyfikacji dzielącej pojęcie prawdopodobieństwa na trzy kategorie: "prawdopodobieństwo a priori", "prawdopodobieństwo statystyczne" oraz "prawdopodobieństwo szacunkowe".

Te okoliczności, które z epistemicznego punktu widzenia można opisać za pomocą dwóch pierwszych kategorii, wiążą się z ryzykiem, natomiast w trzeciej pojawia się niepewność.[16]

Porównując względem siebie te dwie klasyfikacje można stwierdzić, że misesowskie prawdopodobieństwo klas odpowiada knightowskiemu ryzyku, a prawdopodobieństwo zdarzeń jednostkowych niepewności.[17] Nie jest to oczywiście jedyna ekonomiczna interpretacja i klasyfikacja ryzyka, prawdopodobieństwa czy niepewności, jednak wprowadza ona większą klarowność wywodu przy omawianej problematyce. W tym aspekcie warto także zaznajomić się między innymi z pracami Kennetha J. Arrowa, który nie wprowadzał szczegółowego rozróżnienia pomiędzy ryzykiem a niepewnością i stosował obydwa terminy zamiennie.[18]

Dla powstania i rozwoju instytucji ubezpieczenia kwestia zastosowania rachunku prawdopodobieństwa ma kluczowe znaczenie. Obecny stan współczesnego rynku ubezpieczeń jest nierozerwalnie powiązany z ewolucją matematyki ubezpieczeniowej. To właśnie dzięki wykorzystaniu rachunku prawdopodobieństwa oraz statystyki matematycznej możliwa jest kalkulacja wysokości składek ubezpieczeniowych czy poziomu rezerw. Bez tych matematycznych "narzędzi" możliwości kalkulacji ryzyka ubezpieczeniowego (aktuarialnego) byłyby bardzo ograniczone, a sama działalność ubezpieczeniowa zostałaby sprowadzona do ujednolicania poziomu składek i bardziej ograniczania niż rozszerzania zakresu ubezpieczenia. Dzięki matematyce ubezpieczeniowej część niepewności staje się "mierzalna", co znacznie ułatwia podejmowanie decyzji zarówno ubezpieczycielom jak i konsumentom. Prof. Niall Ferguson, zajmujący się historią gospodarczą i polityczną twierdzi nawet, że:

---

[16] N. J. Foss, P. G. Klein, *Organizowanie działania przedsiębiorczego. Nowe spojrzenie na firmę*, Instytut Ludwiga von Misesa, Wrocław 2017, s. 91.

[17] Więcej na temat zob. H. H. Hoppe, *The limits of numerical probability: Frank H. Knight and Ludwig von Mises and the frequency interpretation*, "Quarterly Journal of Austrian Economics" 2007, nr 1, s. 1-20.

[18] K. M. Klimczak, *Ryzyko w teorii ekonomii*, „Master of Business Administration" 2008, nr 6, s. 65. Więcej na ten temat zob. K. J. Arrow, *Essays in the Theory of Risk-Bearing*, Markham Publishing Company, USA 1971.

to nie kupcy, ale matematycy byli prawdziwymi prekursorami nowoczesnego systemu ubezpieczeń.[19]

Zarówno umowy między kupcami umawiającymi się na solidarne pokrywanie start wynikłych z niepowodzenia wypraw handlowych jak i społeczne instytucje wspierające finansowo swoich członków na skutek wystąpienia niekorzystnych zdarzeń w przyszłości (np. śmierci, wypadku lub choroby) funkcjonowały bardziej jako pewne formy zabezpieczenia się przed niepewną przyszłością niż jako ubezpieczenia.[20] Należy jednak podkreślić, że zanim dzięki rozwojowi matematyki doszło do powstania ubezpieczeń[21], instytucje te były, jak na ówczesne uwarunkowania, szczególnie ważne dla określonych grup społecznych, a nawet całych narodów. Trudno sobie bowiem wyobrazić rozwój handlu pomiędzy poszczególnymi regionami, jeśli podejmujący długą i niebezpieczną podróż kupcy nie mieliby żadnego zabezpieczenia na skutek wystąpienia niekorzystnych zdarzeń (np. zatonięcia statków z towarami podczas sztormu na morzu). W przypadku braku chęci partycypacji w stratach handel (a więc i rozwój gospodarczy) rozwijał by się zdecydowanie wolniej.

Dla ubezpieczycieli wykorzystanie osiągnięć matematyki stanowi nieodzowny element kalkulacji ekonomicznej. Jest to jedna z cech, która odróżnia ubezpieczycieli od "zwykłych" przedsiębiorstw dla których kalkulacja kosztów ma inny wymiar. Jeśli "zwykli" przedsiębiorcy dobrze przewidzą potrzeby konsumentów, przychody przewyższą koszty i tym samym powstanie zysk. Poniesione w przeszłości koszty (ceny czynników produkcji) nie muszą być takie same w przyszłości, dlatego funkcja przedsiębiorcza polega między innymi na dostrzeganiu czynników, które mogą wpłynąć

---

[19] N. Ferguson, *Potęga pieniądza*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2010, s. 191.

[20] Korzyści wynikające z powstania ubezpieczeń pozwalają zatem na lepsze wykorzystanie rzadkich zasobów w gospodarce. Dzięki zastosowaniu matematyki możliwe jest odpowiedniejsze dostosowanie wysokości składek do ryzyka jakie reprezentują poszczególni ubezpieczeni. W innym przypadku o wiele trudniej byłoby stwierdzić czy dana osoba płaci składkę zbyt wysoką czy zbyt niską.

[21] N. Ferguson wymienia kilka ważnych osiągnięć matematyki, które w znacznym stopniu, jego zdaniem, przyczyniły się do powstania instytucji ubezpieczenia. Są to między innymi: rachunek prawdopodobieństwa (Blaise Pascal); gromadzenie danych statystycznych dotyczące zgonów i urodzeń pozwalające na określenie średniej długości życia (John Graunt, Edmund Halley); stworzenie pojęcia istotności statystycznej dzięki pracom Jacoba Bernoulliego czy chociażby prace Abrahama de Moive poświęcone rozkładowi normalnemu. Co ciekawe, Ferguson za pierwszy przypadek wykorzystania metod matematycznych w celu kalkulacji wysokości składki podaje XVII-wieczną Szkocję. Więcej na temat zob. N. Ferguson, *Potęga pieniądza*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2010, s. 189-197.

na te zmiany. Jednak koszty poniesione w przeszłości się nie zmieniają, są dane i stałe. Sytuacja przedstawia się nieco inaczej w przypadku ubezpieczycieli, dla których część kosztów wynikających z umowy ubezpieczenia (np. przyszłe wypłaty odszkodowań na skutek pożarów) nie jest kosztami już poniesionymi jak np. zakup surowców w przypadku "tradycyjnej" działalności, ale planowanymi (hipotetycznymi) kosztami, jakie trzeba będzie ponieść w przyszłości. W tym przypadku ubezpieczyciel nie ma całkowitej pewności co do ich wysokości. Ta część kalkulacji ekonomicznej odnosi się do prawdopodobieństwa klas, dlatego ubezpieczyciel potrzebuje wykwalifikowanych pracowników (zwłaszcza aktuariuszy i underwriterów)[22] specjalizujących się w procesie kalkulacji ekonomicznej opartej na tym prawdopodobieństwie, czyli mówiąc inaczej w procesie identyfikacji, selekcji oraz klasyfikacji ryzyka aktuarialnego. Oczywiście decyzje dotyczące np. strategii i kierunków rozwoju danego towarzystwa ubezpieczeniowego, kampanii marketingowych czy tworzenia nowych produktów ubezpieczeniowych są przykładem prawdopodobieństwa zdarzeń jednostkowych i dotyczą one wszystkich przedsiębiorców. Murray N. Rothbard ujął to następująco:

Dokonywane przez przedsiębiorców szacunki przyszłych kosztów, popytu itd., to unikatowe przypadki niepewności, w których muszą być stosowane specyficzne metody rozumienia i indywidualnego osądu sytuacji, a nie obiektywnego "mierzenia" ryzyka podlegającego ubezpieczeniu.[23]

Jednak towarzystwa ubezpieczeniowe dodatkowo, co jest ich cechą szczególną, w znacznym stopniu wykorzystują również szczególny rodzaj kalkulacji ekonomicznej opartej na prawdopodobieństwie klas. Ubezpieczyciele konkurują o klientów z innymi przedsiębiorstwami nie tylko ceną i jakością produktów ubezpieczeniowych, ale także poprzez inny rodzaj i inną jakość ekonomicznej kalkulacji. Jako przykład można tutaj podać ubezpieczyciela oferującego prywatne ubezpieczenie zdrowotne oraz sieć medyczną sprzedającą abonamenty medyczne. Chociaż te produkty mogą posiadać podobny zakres usług medycznych i cenę, to jednak proces ich *produkcji* i kalkulacji przebiegał zupełnie inaczej. Ubezpieczyciel szuka przewagi konkurencyjnej także w obszarze formy kalkulacji ekonomicznej, pozostałe przedsiębiorstwa również

[22] Underwriter to osoba odpowiedzialna za ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
[23] M. N. Rothbard, *Ekonomia wolnego rynku*, Instytut Ludwiga von Misesa, Wrocław 2017, s. 445.

ją prowadzą, ale nie polega ona w tak znacznym stopniu na prawdopodobieństwie klas.[24]

Jedną z ważnych cech ryzyka jest to, że jest ono częścią składową złożonych zjawisk gospodarczych i tak samo jak one zachodzi w czasie. W tym aspekcie ryzyko można opisać jako kolejno następujące po sobie fazy, co nadaje mu wymiar bardziej dynamiczny niż statyczny. Dlatego też nie należy sprowadzać pojęcia ryzyka tylko i wyłącznie do rachunku prawdopodobieństwa. Można wymienić następujące etapy składające się na ryzyko rozumiane jako proces zachodzący w czasie: zagrożenie, niebezpieczeństwo, realizacja niebezpieczeństwa, strata, reakcja mentalna, reakcja emocjonalna, reakcja behawioralna. W przypadku pierwszych czterech etapów można mówić o *ryzyku obiektywnym*, czyli takim, gdzie zastosowanie ma rachunek prawdopodobieństwa. Natomiast pozostałe trzy kwalifikują się do tak zwanego *ryzyka subiektywnego*, podlegającego sądom wartościującym człowieka[25]. W tym drugim przypadku używanie zwrotu ryzyko może być jednak mylące, gdyż jak zostało to przedstawione wcześniej, subiektywne wartościowania człowieka są unikatowe i nie można ich przedstawić za pomocą klas.[26]

Zagrożenie jako potencjalne źródło ryzyka może pochodzić z działania sił przyrody lub działalności człowieka. Przykładowo, jazda samochodem, pomimo niewątpliwych korzyści jakie daje ich posiadaczom, może prowadzić do wypadku drogowego. Źródłem zagrożenia oraz ryzyka mogą być np. niesprzyjające warunki pogodowe lub nieostrożna jazda kierowcy. W wyniku zajścia takiego zdarzenia może dojść do powstania szkody majątkowej oraz często osobowej. Powstałe szkody niewątpliwie spowodowałyby starty finansowe oraz utratę części majątku poszkodowanego. Istnienie świadomości człowieka, co do możliwego niekorzystnego rozwoju wydarzeń (reakcja mentalna), może prowadzić do powstania niepokoju (reakcja

---

[24] Można także stwierdzić, że ubezpieczyciel ponosi "zwykłe" koszty niezwiązane z wykorzystaniem rachunku prawdopodobieństwa jak np. koszty administracyjne, prowizje wypłacane agentom i innym pośrednikom, koszty związane z obsługą ubezpieczeń już zawartych itp.

[25] E. Kowalewski, *Ryzyko w działalności człowieka i możliwości jego ograniczenia*, w: T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2001, s. 35.

[26] Dlatego nazw: prawdopodobieństwo klas, ryzyko i ryzyko obiektywne można używać zamiennie. Podział na ryzyka obiektywne i subiektywne jest jednym z wielu występujących w literaturze i może to prowadzić do pewnego zamętu semantycznego. Ryzyko subiektywne można zatem przypisać bardziej do niepewności; Co ciekawe, występuje także pojęcie subiektywnego prawdopodobieństwa rozumianego jako wyobrażenie prawdopodobieństwa klas, które może się pokrywać lub odbiegać od obiektywnego prawdopodobieństwa. Gdy się te dwa prawdopodobieństwa się pokrywają, to błędy są losowe, a oczekiwania racjonalne.

emocjonalna) podczas jazdy samochodem. W efekcie taka osoba może być bardziej skłonna do zakupu ubezpieczenia na życie czy autocasco (reakcja behawioralna). Z perspektywy ekonomii ostatnie trzy etapy nie mają aż takiego znaczenia bowiem istotniejszy jest sam akt działania, czyli podjęcia świadomej decyzji co do zakupu (lub nie) ubezpieczenia. Identyfikacja tych określonych bodźców może być dla ekonomii w pewnym zakresie przydatna, jeśli chce się wykazać ryzyko jako proces zachodzący w czasie. Drugi etap ma większe znaczenie dla działań marketingowych towarzystw ubezpieczeniowych starających się przyciągnąć uwagę potencjalnych klientów, co niewątpliwie przyczynia się do rozwoju rynku ubezpieczeń.

W tym miejscu należy wspomnieć o kolejnej ważnej cesze instytucji ubezpieczenia. Podstawowym celem ubezpieczenia jest bowiem wyrównywanie strat ubezpieczonemu powstałych w wyniku określonych niekorzystnych dla niego zdarzeń w przyszłości (zdarzenia losowe). Dlatego wysokość sumy ubezpieczenia (i tym samym składki ubezpieczeniowej) dostosowuje się do sytuacji materialnej i finansowej ubezpieczonego. Każde odchylenia od *optymalnej* sumy ubezpieczenia mogą być traktowane jako niedoubezpieczenie lub nadubezpieczenie. W literaturze opisującej ubezpieczenia i ryzyko wskazuje się na istotny podział ryzyka: *ryzyko czyste* i *ryzyko spekulatywne.* Jego autorem jest Albert H. Mowbray[27].

W przypadku *ryzyka czystego*, charakterystycznego dla rynku ubezpieczeń, występuje brak straty (niezrealizowanie się ryzyka) lub strata (realizacja ryzyka skutkująca powstaniem szkody). Ubezpieczony przeznacza odpowiednie środki pieniężne w postaci składek ubezpieczeniowych, jednak zgodnie teorią wymiany, jest to dla niego sytuacja korzystna – zyskuje on bowiem ochronę ubezpieczeniową w niepewnej dla niego przyszłości. Co istotne, ubezpieczony nie może osiągnąć zysku w sytuacji wystąpienia szkody. Zupełnie inaczej jest w przypadku *ryzyka spekulatywnego*. Tutaj, oprócz straty lub braku straty, możliwe jest osiągnięcie zysku. Podjęcie danego działania ma miejsce, ponieważ występuje nadzieja na zysk. Jako przykład takich działań można podać uczestnictwo w grach hazardowych (np. ruletka) czy zakup określonych aktywów (np. nieruchomości, akcji itp.) z nadzieją na ich sprzedaż

[27] A. H. Mowbray, R. H. Blanchard, *Insurance, its theory and practice in the United State*s, McGraw-Hill, Nowy Jork 1961, s. 6-7.

po wyższej cenie w bliższej lub dalszej przyszłości.[28] Różnica pomiędzy tymi dwoma rodzajami ryzyka sprowadza się do tego, że żaden z ubezpieczonych nie chce realizacji *ryzyka czystego*, natomiast realizacja *ryzyka spekulatywnego* nie ma dla *gracza* charakteru pejoratywnego. Można stwierdzić, że szansa na osiągniecie zysku powoduje, że człowiek może poprzez swoje świadome działania dąży do zwiększenia szans na jego realizację. Zatem człowiek stara się tworzyć *ryzyko spekulatywne* i jednocześnie ograniczać prawdopodobieństwo zajścia *ryzyka czystego* (np. zdrowsze odżywianie jako metoda na zmniejszenie ryzyka zawału serca). Dlatego typowemu ryzyku ubezpieczeniowemu przypisywane są cechy *ryzyka czystego*, gdzie zastosowanie ma prawdopodobieństwo klas. Z kolei *ryzyko spekulatywne* może być utożsamiane z zarówno prawdopodobieństwem zdarzeń jednostkowych, jak i prawdopodobieństwem klas.

W tym miejscu warto wspomnieć, że kolejną ważną cechą wyróżniającą instytucję ubezpieczenia jest jego grupowy charakter. Wykorzystanie matematyki ubezpieczeniowej służy ubezpieczycielom do tworzenia, w oparciu o wyodrębnione kryteria, określonych klas (grup) ryzyka różniących się między sobą np. wysokością składki czy zakresem ubezpieczenia. Chociaż poszczególne klasy różnią się między sobą *poziomem ryzyka*, czyli nie są jednorodne, to cechą wspólną ich wszystkich jest właśnie grupowy charakter tworzony przez poszczególne jednostki zaliczane do konkretnych klas.[29] Zatem towarzystwa ubezpieczeniowe dążą do jak najszybszego pozyskania nowych ubezpieczonych i stworzenia realnych (licznych, masowych) grup ryzyka. Jeśli ubezpieczyciel zawrze umowę ubezpieczenia tylko z jedną osobą, nie będzie to traktowane jako ubezpieczenie, lecz jako hazard.[30] O ile w opisywanej sytuacji rachunek prawdopodobieństwa ma zastosowanie, to brak innych ubezpieczonych powoduje, że w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel musi

[28] J. F. Outerville, *Theory and practice of insurance*, Springer Science+Business Media, Nowy Jork 1998, s. 3.

[29] Warto nadmienić, że na rynku ubezpieczeniowym występują różne rodzaje ubezpieczeń. Np. w przypadku ubezpieczeń na życie wyróżnia się indywidualne ubezpieczenia na życie i grupowe ubezpieczenia na życie (zazwyczaj zawierane poprzez zakład pracy i częściowo lub w całości opłacane przez pracodawcę). Podział ten jest jednak czysto *techniczny* i odnosi się bardziej do warunków instytucjonalnych, w jakich zawierana jest umowa ubezpieczenia. Oczywiście także w przypadku indywidualnych ubezpieczeń na życie tworzone są klasy ryzyka.

[30] Jeśli natomiast w przypadku zawarcia umowy pomiędzy dwiema stronami nie ma zastosowania rachunek prawdopodobieństwa, mamy do czynienia z zakładem. W przypadku zakładu występuje bowiem prawdopodobieństwo zdarzeń jednostkowych.

pokryć powstałe straty z kapitału własnego (i tym samym utrzymywać wyższy poziom rezerw). Dlatego tak istotne, przy wprowadzaniu nowych produktów ubezpieczeniowych na rynek, jest jak najszybsze stworzenie licznej grupy. Im liczniejsza grupa (im więcej ubezpieczonych), tym większa przewidywalność zachodzących zdarzeń (prawo wielkich liczb), czyli większa stabilność towarzystwa ubezpieczeniowego. Oczywiście, możliwe są sytuacje, kiedy ubezpieczyciel musi poczekać, aż minie pewien (dłuższy) okres, kiedy utworzy się odpowiednio liczna grupa ubezpieczonych. Do takich przypadków można zaliczyć np. “ubezpieczenie” strun głosowych pojedynczych wokalistów, czy chociażby “ubezpieczenie” określonych części ciała gwiazd sportu albo lotów w kosmos. Za regułę, uzasadnioną ekonomicznie, należy jednak uznać działania ubezpieczycieli polegające na jak najszybszym utworzenia odpowiednio licznych grup ryzyka.

Na podstawie wyżej przedstawionych treści można stwierdzić, że ubezpieczenie to instytucja rynkowa wykorzystująca zaawansowaną kalkulację ekonomiczną (opartą zwłaszcza o rachunek prawdopodobieństwa) w celu kompensowania (na wcześniej określonych zasadach) strat, powstałych na skutek określonych niekorzystnych zdarzeń, jednym ubezpieczonym ze środków pochodzących z zainwestowanych składek wszystkich ubezpieczonych zaliczanych do danej grupy (klasy) ryzyka, a w szczególności tych, których dane zdarzenia nie objęły.

1.1.3. Zdrowie jako przedmiot ubezpieczenia

Jednym z rodzajów niekorzystnych zdarzeń skutkujących wystąpieniem strat u ubezpieczonego jest utrata zdrowia (np. na skutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby). Dyskomfort z tym związany wywołuje u człowieka chęć jak najszybszego powrotu do zdrowia, a za jeden ze środków służących do realizacji tego celu należy uznać ubezpieczenie. Jednak, aby powstał odpowiedni produkt ubezpieczeniowy tego typu, w pierwszej kolejności, należy określić czym jest zdrowie i w jaki sposób jego utrata może spowodować *konsumpcję* ubezpieczenia.

Za jedną z częściej przytaczanych definicji zdrowia uznaje się tę wprowadzoną przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO) z 1948 r. Według niej:

zdrowie jest stanem pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko brakiem choroby lub niepełnosprawności.[31]

Taka definicja zwraca uwagę na fakt, że zdrowie można pojmować jako aktywne działania człowieka mające na celu utrzymanie jego dotychczasowego stanu lub nawet poprawy (jeszcze lepszej jakości), a nie tylko i wyłącznie rozpatrywania zdrowia jako pewnej utraconej wartości i chęci jej przywrócenia od momentu wystąpienia choroby. Ujęcie to ma jednak swoje ograniczenia i problemy. Szczególnej krytyce podlega wykorzystanie słowa *pełny* w przytoczonej definicji. *Pełny* (*kompletny*) oznacza, że jakiekolwiek *odchylenia* traktowane są jako stan nie-zdrowia, co może skutkować nadmierną koncentracją na rozwoju i wykorzystaniu technologii czy leków w sytuacjach często tego nie wymagających. W rezultacie określonymi procedurami medycznymi obejmowane są całe grupy zamiast poszczególnych jej członków. Nie są to zatem rozwiązania ekonomiczne. Innym problemem jest to, że na skutek między innymi rozwoju medycyny możliwe stało się życie z chorobami przewlekłymi lub, ujmując to inaczej, wystąpienie choroby przewlekłej, chociaż stanowi osobisty dramat wielu ludzi, nie ma aż tak poważnych konsekwencji jak kiedyś. Dzięki postępowi medycyny

[31] WHO, *What is the WHO definition of health?*, brak daty, http://www.who.int/suggestions/faq/en/ (dostęp: 10.06.2018).

możliwa jest realizacja zawodowa wielu ludzi mimo występowania chorób przewlekłych. Osoby te mają zatem swój wkład w tworzeniu wartości dodanej w gospodarce i traktowanie ich jako chorych czy niezdolnych do pracy nie jest odpowiednie ze względu na ich zdolność adaptacyjną.[32]

Granica pomiędzy zdrowiem a chorobą nie musi być wcale *ostra* i jednoznaczna, ale refleksje nad definicją zdrowia, możliwe dzięki rozwojowi wiedzy medycznej, powinny coraz lepiej uwzględniać czynniki przyczyniające się do powstania dychotomii zdrowie–choroba oraz możliwe konsekwencje tego stanu rzeczy.

Dla towarzystw ubezpieczeniowych problem ujęcia zdrowia sprowadza się między innymi do określenia warunków uzasadniających skorzystanie przez ubezpieczonego z usług medycznych lub otrzymanie świadczenia pieniężnego. Jako że ubezpieczenie z zasady ma *wyrównywać* powstałą stratę (utrata zdrowia), to zdarzenie ją wywołujące nie może, z założenia, wystąpić przed okresem ubezpieczenia. Dlatego tak istotną rolę odgrywa ocena stanu zdrowia osób ubiegających się o przystąpienie do ubezpieczenia. Istotne jest również to w jaki sposób powstała starta ma być *wyrównana*. Na tej podstawie jako szczególny rodzaj ubezpieczeń zdrowotnych można wyróżnić ubezpieczenia chorobowe oraz wypadkowe, które wiążą się z wypłatą ubezpieczonemu z góry określonych świadczeń pieniężnych w związku z wystąpieniem określonych zdarzeń. Natomiast zupełnie inaczej funkcjonuje tzw. ubezpieczenie medyczne, [33] gdzie ubezpieczony zamiast środków pieniężnych otrzymuje dostęp do usług medycznych, który jest finansowany przez towarzystwo ubezpieczeń. Usługi medyczne zazwyczaj są dostarczane przez określone placówki medyczne współpracujące z towarzystwem ubezpieczeniowym.[34] Oba typy ubezpieczeń mogą być oferowane równolegle. Ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe wyrównują ubezpieczonemu straty finansowe powstałe np. w wyniku utarty zarobków podczas leczenia, z kolei ubezpieczenie medyczne pokrywa koszty usług medycznych. Ubezpieczenia medyczne są w tym względzie korzystne, gdyż to na towarzystwo

---

[32] M. Huber i in., *How should we define health?*, "British Medical Journal" 2011, nr 343, s. d4163.

[33] Ubezpieczeni często utożsamiają ubezpieczenia zdrowotne z medycznymi i używają tych nazw na przemian.

[34] M. Osak, *Ryzyko zdrowotne jako podstawa wyodrębnienia ubezpieczeń zdrowotnych*, w: J. Handschke (red.), *Studia z ubezpieczeń gospodarczych i społecznych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2008, s. 163.

ubezpieczeń spada obowiązek organizacji struktury odpowiadającej za leczenie ubezpieczonego, co niewątpliwie skraca jego początkowy proces i podnosi jakość produktu ubezpieczeniowego.

Niezwykle ważną rolę w procesie tworzenia ubezpieczeń zdrowotnych (zwłaszcza medycznych) odgrywa kalkulacja ekonomiczna oparta o rachunek prawdopodobieństwa. Ma ona zastosowanie w dwóch etapach. Pierwszy etap dotyczy kalkulacji samego prawdopodobieństwa zajścia danego zdarzenia (np. choroby) w przyszłości. Z kolei w drugim etapie niezwykle istotne jest oszacowanie kosztów zastosowania określonych procedur medycznych (i ich skuteczności) w procesie leczenia. Ubezpieczenia medyczne różnią się w tym zakresie przykładowo od ubezpieczeń życiowych właśnie tym, że ryzyko ubezpieczeniowe, a konkretnie proces jego kalkulacji, jest bardziej złożony i samo wykorzystanie matematyki ubezpieczeniowej do określenia tylko i wyłącznie ilościowego prawdopodobieństwa zajścia danego zdarzenia nie jest wystarczające. Nawet jeśli z dużym prawdopodobieństwem określi się ryzyko wystąpienia zachorowania na daną chorobę w poszczególnej grupie (klasie) osób, to równie istotna jest również sfera kalkulacji obejmująca wpływ poszczególnych metod leczenia (oraz ich kosztów) na poprawę zdrowia ubezpieczonego.

Możliwa jest sytuacja, w której można określić ryzyko wystąpienia danego schorzenia, ale jednocześnie obecny stan wiedzy medycznej nie pozwala na racjonalną kalkulację kosztów leczenia. Można więc stwierdzić, że dla danego schorzenia nie ma możliwości przeprowadzenia racjonalnej kalkulacji ekonomicznej w drugim etapie. Nie można zatem określić czy wstępnie oszacowany poziom składki jest odpowiedni, za wysoki czy zbyt niski. Powoduje to, że dane ryzyko uznaje się, w obecnych uwarunkowaniach, za nieubezpieczalne. Zuzanna Guzel[35] twierdzi, że:

przykładem takiego schorzenia jest dyskopatia, która może mieć wieloletni przebieg i powodować dolegliwości o zmiennym nasileniu. Zakres potencjalnych zmian stwierdzanych w kręgosłupie u osób z dyskopatią i ich wpływ na ryzyko powstania niezdolności do pracy są tak rozległe, że praktycznie uniemożliwia to racjonalne oszacowanie poziomu niezbędnego zwiększenia składki za ubezpieczenie (np. z powodu braku odpowiednich badań klinicznych). Wydaje się zatem, że najlepszym rozwiązaniem jest

[35] Poniższy przykład dotyczy ubezpieczeń na wypadek niezdolności do pracy, ale sama zasada jest prawdziwa również dla ubezpieczeń zdrowotnych czy medycznych.

tu zastosowanie odpowiedniego wykluczenia.[36]

W przypadku ubezpieczeń na życie o wiele łatwiej jest oszacować potencjalne koszty powstałe w wyniku śmierci ubezpieczonego i tym samym sumę ubezpieczenia na podstawie dochodów osiąganych przez ubezpieczonego czy wysokości zobowiązań finansowych (np. kredytu). Kalkulacja ekonomiczna uwzględniająca rachunek prawdopodobieństwa, w ubezpieczeniach na życie, dotyczy więc głównie pierwszego etapu.

W przypadku ubezpieczeń zdrowotnych oba etapy kalkulacji są poprzedzone dokładną analizą naukową, zwłaszcza tą dotyczącą badań przeprowadzanych na odpowiedniej grupie osób.[37] Można stwierdzić, że proces pozyskiwania danych, ich analizy oraz wykorzystania tak zdobytej wiedzy w celu określania ryzyka stanowi początkowy etap kalkulacji ekonomicznej. Sukcesywnie rosnąca wiedza medyczna pozwala ubezpieczycielom na coraz lepszą kalkulację ryzyka i tym samym konkurencję poprzez tworzenie bardziej "zaawansowanych" grup (klas) ryzyka. Procesy bazujące na odpowiednim wykorzystaniu wiedzy medycznej przy tworzeniu ubezpieczeń zdrowotnych noszą nazwę Evidnece Based Underwriting (EBU) i wywodzą się z medycyny opartej na wiarygodnych (tzn. popartych naukowymi badaniami) danych (Evidnece Based Mecinice – EBM).[38] Odpowiednio zweryfikowana wiedza medyczna pozwala między innymi na opracowanie skuteczniejszych procedur mogących zostać zastosowanych przy leczeniu określonych schorzeń i w ostateczności włączenie ich w zakres ubezpieczenia medycznego. Można więc stwierdzić, że rozwijająca się medycyna wpływa na jakość kalkulacji ekonomicznej.[39] Ubezpieczyciele są zatem zainteresowani najnowszymi wynikami badań dotyczących np. skuteczności zastosowania nowych procedur medycznych w leczeniu wybranych chorób, jak również

[36] Z. Guzel, *Ryzyko medyczne*, w: Z. Guzel, D. M. Fal, A. Lipka (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa Underwritinig. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne,* Poltext, Warszawa 2013, s. 125.

[37] Szczególnie istotne dla ubezpieczycieli są badania kliniczne z randomizacją (ang. *Randomized Controlled Trial* - RCT).

[38] A. Lipka, *Prawo do ubezpieczenia a prawo do oceny ryzyka. Evidence Based Underwriting*, w: Z. Guzel, D. M. Fal, A. Lipka (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa. Underwritinig. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne,* Poltext, Warszawa 2013, s. 94-98.

[39] Dlatego ubezpieczenia na życie powstały i rozwinęły się wcześniej niż ubezpieczenia zdrowotne właśnie ze względu na dostępność odpowiednich danych umożliwiających kalkulację składek ubezpieczeniowych.

opracowaniami naukowymi koncentrującymi się na prognozowaniu określnych trendów np. obejmujących nawyki żywieniowe ludności. Należy podkreślić, że stale rosnąca liczba publikacji naukowych stanowi duże wyzwanie dla ubezpieczycieli i wymaga angażowania coraz liczniejszych zasobów ludzkich oraz odpowiedniego zarządzania nimi.

1.1.4. Rynek ubezpieczeń zdrowotnych jako efekt procesów przedsiębiorczych

Rdzeniem działalności ubezpieczycieli jest kalkulacja ryzyka. Ma ona na celu odpowiednie dopasowanie wysokości składki ubezpieczeniowej netto[40] do grupy (klasy) ryzyka *reprezentowanego* przez ubezpieczonego. Każde towarzystwo ubezpieczeniowe tworzy swoje własne grupy ryzyka w oparciu o odpowiednie kryteria, dzięki czemu możliwe jest określenie zasad służących odpowiedniej kalkulacji i ocenie ryzyka ubezpieczeniowego, w tym ryzyka zdrowotnego. Często działalność towarzystw ubezpieczeniowych jest utożsamiana z przyjmowaniem składek od ubezpieczonych i działaniami polegającymi na wywiązywaniu się z umowy ubezpieczeniowej w ograniczonym zakresie, co ma być źródłem ich zysku. Jest to mylny pogląd. Podstawowym założeniem ubezpieczyciela jest bowiem wypłata odszkodowania lub świadczenia z tytułu wystąpienia danego zdarzenia. Ryzyko jest nieodłącznym elementem świata realnego, a jego realizacja skutkuje wystąpieniem straty. Jednym ze sposobów na eliminację lub ograniczenie negatywnych skutków realizacji ryzyka jest ubezpieczenie. Towarzystwa ubezpieczeniowe, wykorzystując zaawansowaną kalkulację ekonomiczną uwzględniającą rachunek prawdopodobieństwa, są w stanie z coraz większą dokładnością określić jakie czynniki powodują wyższe (lub niższe) prawdopodobieństwo wystąpienia danego zdarzenia. Dzięki temu mogą wyodrębniać kolejne grupy (klasy) ryzyka z jednej, ogólnej grupy. Grupy te różnią się między sobą ryzykiem i w efekcie wysokością składek ubezpieczeniowych. Wyższe prawdopodobieństwo zajścia danego zdarzenia (np. poważnej choroby) jest równoznaczne z wyższym prawdopodobieństwem konsumpcji niezbędnych usług medycznych oraz w efekcie, samego ubezpieczenia. Dlatego osoby młode i (w opinii ubezpieczyciela) zdrowe płacą relatywnie niższe składki niż osoby starsze i już chorujące. Ubezpieczyciel, który w warunkach niekrępowanej gospodarki rynkowej, ogranicza dostęp do określonych świadczeń przeczy sensowi posiadania ubezpieczenia i zostaje zastąpiony przez bardziej przedsiębiorczych tzn. lepiej kalkulujących ryzyko konkurentów.

[40] Tzn. tej części składki, z której będą wypłacane lub finansowane odpowiednie świadczenia wynikające z umowy ubezpieczeniowej. Całkowita składka to z kolei składka brutto i oprócz składki netto, uwzględnia ona między innymi koszty administracyjne, prowizję dla pośredników w sprzedaży ubezpieczeń czy zyski ubezpieczyciela.

Chociaż poszczególnych grup ryzyka może być bardzo wiele [41] to każde towarzystwo ubezpieczeniowe stosuje podstawowy podział na tzw. *ryzyko standardowe* i *ryzyko substandardowe*. Pierwszy rodzaj oznacza takie ryzyko, które jest akceptowane przez ubezpieczyciela bez zwyżek składki, z kolei *ryzyko substandardowe* oznacza przyjęcie do ubezpieczenia, ale po uwzględnieniu zwyżek w składce. [42] W dalszej kolejności ubezpieczyciel może tworzyć kolejne podgrupy dla *ryzyka standardowego* (np. S1, S2, S3 itd.) oraz dla *ryzyka substandardowego* (np. Sb1, Sb2, Sb3 itd.). Umiejętność odpowiedniej kalkulacji ryzyka i tworzenie w oparciu o nią odpowiednich grup (klas) ryzyka stanowi główne narzędzie do tworzenia przewagi konkurencyjnej na rynku. Ubezpieczyciel nie dąży zatem do ograniczania *ryzyka substandardowego* tylko do odpowiedniej jego kalkulacji. Reguła, według której opłacana składka jest proporcjonalna do ryzyka reprezentowanego przez ubezpieczonego zwana jest *zasadą sprawiedliwości* [43] i stanowi podstawę dla stabilności funkcjonowania towarzystw ubezpieczeniowych.[44]

Odpowiednia ocena ryzyka[45] ma szczególne znaczenie w przypadku ubezpieczeń zdrowotnych. W odróżnieniu od np. ubezpieczeń na życie, ubezpieczenie zdrowotne może bowiem być wielokrotnie konsumowane. Ponadto częstość korzystania z usług medycznych może wynikać nie tylko z pogorszenia się stanu zdrowia ubezpieczonego, ale np. z jego pewnych nawyków. Stanowi to dla towarzystw ubezpieczeniowych duże wyzwanie z uwagi na fakt, że bardzo trudno jest wskazać osoby korzystające z ubezpieczenia zdrowotnego bez ważnych powodów, a jeszcze trudniej jest ten stan zmienić.[46] Ponadto ubezpieczyciel nie może zmienić zasad korzystania z ubezpieczenia

---

[41] Można stwierdzić, że im więcej informacji posiada ubezpieczyciel tym więcej grup (klas) ryzyka jest w stanie stworzyć.

[42] A. Lipka, *Zasady oceny ryzyka w ubezpieczeniach na życie*, w: Z. Guzel, D. M. Fal, A. Lipka (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa. Underwritinig. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne,* Poltext, Warszawa 2013, s. 117.

[43] Z. Guzel, *Organizacja i uczestnicy procesu ryzyka*, w: Z. Guzel, D. M. Fal, A. Lipka (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa. Underwritinig. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne,* Poltext, Warszawa 2013, s. 99.

[44] Dlatego tzw. *zbieranie wisienek* (ang. *cherry picking*), określenie często pejoratywnie charakteryzujące działania ubezpieczycieli, polegające na akceptowaniu tylko wybranych ryzyk a odrzucaniu innych, należy poddać krytyce z uwagi na fakt, że źle oddaje ono istotę ubezpieczeń i może prowadzić do mylnych wniosków.

[45] Inaczej Underwriting.

[46] P. Kostrzewski, *Proces oceny ryzyka w ubezpieczeniach zdrowotnych*, w: Z. Guzel, D. M. Fal, A. Lipka (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa. Underwritinig. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne,* Poltext, Warszawa 2013, s. 140-141.

w trakcie jego trwania, co powoduje, że proces oceny ryzyka[47] jest tak istotny.

Błąd w postaci złego oszacowania składki lub nieodpowiedniej klasyfikacji ryzyka może spowodować straty towarzystwa ubezpieczeniowego i w efekcie pogorszenie dostępu do usług medycznych. Szczególne znaczenie dla ubezpieczyciela ma pozyskiwanie informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego, gdyż to głównie na ich podstawie podejmowane są decyzje o tym czy i na jakich zasadach dana osoba może zostać objęta ochroną ubezpieczeniową. Jeśli przy ocenie ryzyka nie zostały uwzględnione czynniki mogące wpłynąć na warunki ubezpieczenia, to doszło do tzw. *antyselekcji*.[48] Zjawisko to ma dwie przyczyny. Pierwsza to niska jakość oceny ryzyka przez samego ubezpieczyciela, co prowadzi do błędnego określenia wysokości składek czy zakresu ubezpieczenia. Zazwyczaj ubezpieczyciel szybko orientuje się w zaistniałej sytuacji i poprawia jakość oceny ryzyka. Z kolei druga przyczyna jest już trudniejsza do wyeliminowania, ponieważ jej źródłem celowe zatajenie informacji przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową. Można więc stwierdzić, że źródłem *antyselekcji* jest asymetria informacji występująca pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczonym. Ubezpieczyciel, chcąc przeciwdziałać taki praktykom, podejmuje szereg działań mających na celu wyeliminowanie lub przynajmniej ograniczenie *antyselekcji*. Zaliczyć do nich można zwłaszcza ustanowienie odpowiedniego poziomu współpłacenia[49], czyli kosztów ponoszonych przez ubezpieczonego przy korzystaniu z ubezpieczenia. Inne możliwe działania to chociażby wprowadzenie limitów na korzystanie z usług medycznych czy zastosowanie wykluczeń określonych ryzyk z ochrony ubezpieczeniowej. Takie działania, chociaż mogą spotykać się z niezrozumieniem części społeczeństwa, są niezbędne dla tworzenia solidnych produktów ubezpieczeniowych. Emocjonalne podejście do praktyk stosowanych przez ubezpieczycieli (np. wykluczeń) może przesłonić fakt, że w innym przypadku doszłoby do nieekonomicznego pogrupowania ryzyk. Przykładowo osoby o *ryzyku substandardowym* zostałyby przyjęte do ubezpieczenia na zasadach standardowych i w efekcie płaciłyby

---

[47] Można wyróżnić dwa etapy oceny ryzyka: jego selekcję polegającą na przyjmowaniu lub odrzucaniu określonych ryzyk (i osób) oraz klasyfikację ryzyka, gdzie poszczególnych ubezpieczonych przypisuje się do wcześniej stworzonych grup (Klas) ryzyka.

[48] Inna stosowana nazwa to *negatywna selekcja* (ang. *negative selection*).

[49] Jest to określenie dosyć ogólne, gdyż istnieje wiele rodzajów współpłacenia. Więcej na ten temat zob. M. M. Kozber, M. Osak, *Współpłacenie bezpośrednie w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego – doświadczenia Szwajcarii*, "Problemy Zarządzania" 2013, nr 1, s. 96.

składkę nieadekwatną do wniesionego ryzyka. Spowodowałoby to nadmierną konsumpcję usług medycznych i wzrost kosztów. Następnie ubezpieczyciel musiałby podnieść składki w celu pokrycia rosnących kosztów, jednak część ubezpieczonych mogłaby wówczas zrezygnować z ubezpieczenia.

Dlatego, aby uniknąć takich sytuacji ubezpieczyciel musi mieć możliwość ograniczania lub całkowitego eliminowania celowych działań części ubezpieczonych zwanych inaczej pokusą nadużycia (ang. *moral hazard*).[50] Pokusę nadużycia określić można jako celowe działanie ubezpieczonego mające przynieść mu wymierne korzyści (np. zatajenie informacji o swoim zdrowiu w celu przyjęcia do ubezpieczenia lub płacenia niższej składki), jednak bez ponoszenia kosztów takich działań. Takie postawy nie są żadną formą przywracania większej sprawiedliwości społecznej oraz, co warte podkreślenia, nie uderzają tylko w ubezpieczycieli, ale przede wszystkim w innych ubezpieczonych (o czym zbyt rzadko się wspomina). To na nich bowiem, w ostateczności, przerzucane są dodatkowe koszty takich działań – uczciwi klienci towarzystw ubezpieczeniowych subsydiują tych ulegających pokusie nadużycia.[51] Jeśli ktoś twierdzi, że płacenie wyższych składek przez osoby chore jest nieetyczne, to należy zastanowić się czy osoba młoda i relatywnie zdrowa powinna ponosić wyższe koszty przy jednoczesnym małym prawdopodobieństwie korzystania z ubezpieczenia? Można stąd wyprowadzić wniosek, że towarzystwa ubezpieczeniowe dbają także o interes swoich klientów, którzy im zaufali. Antyselekcja czy pokusa nadużycia, którym się nie przeciwdziała mogą spowodować kłopoty finansowe ubezpieczycieli i w ostateczności utratę zaufania ubezpieczonych. Nie jest to sytuacja korzystna dla nikogo.

Na rynku ubezpieczeń zdrowotnych prawa ekonomii działają tak samo jak na innych rynkach. Zakup ubezpieczenia jest aktem wymiany, który daje korzyści obu stronom. Ubezpieczony otrzymuje gwarancję, że w przypadku wystąpienia danego zdarzenia (np. wypadku), będzie mógł liczyć na to, że dzięki ubezpieczeniu otrzyma

[50] Warto zaznaczyć, że tego terminu w kontekście ubezpieczeń zdrowotnych po raz pierwszy użył K. J. Arrow w swoim artykule z 1963 r. zatytułowanym *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. Arrow opisywał w nim zjawisko większego korzystania ze świadczeń medycznych przez ubezpieczonych podczas leczenia niż przez osoby nieubezpieczone. Więcej na temat historii zjawiska pokusy nadużycia w ubezpieczeniach zdrowotnych zob. M. Grignon i in., *Moral Hazard in Health Insurance*, "Oeconomia. Contributions to the History of Health Economics" 2018, nr 3, s. 367-405.

[51] Lub mówiąc inaczej ubezpieczeni o ryzyku standardowym subsydiują tych o ryzyku substandardowym.

dostęp do określonych usług medycznych. Jego przekonanie nie jest bezpodstawne. Ubezpieczyciel dzięki odpowiedniej ocenie ryzyka i umiejętności ograniczania pokusy nadużycia jest w stanie stworzyć stabilny program ubezpieczeniowy, dzięki czemu może osiągnąć zysk pochodzący z zainwestowanych składek ubezpieczonych. Im większą swobodę działania ma ubezpieczyciel tym większa jest stabilność programów ubezpieczeniowych i tym samym pewniejszy dostęp do usług medycznych dla ubezpieczonych. Ubezpieczony opłacający składkę ubezpieczeniową pokrywa nie tyko koszty administracyjne, jakie ponosi ubezpieczyciel, koszty składające się na prowizję dla pośredników finansowych czy koszty stanowiące wynagrodzenie podmiotów świadczących usługi medyczne, ale również *finansuje* on dostęp do tych usług tym ubezpieczonym, których dotknęły określone zdarzenia (np. nieszczęśliwy wypadek lub choroba). Przykładowo, jeśli osoba o dobrym stanie zdrowia została poprawnie zakwalifikowana do danej grupy ryzyka, np. do grupy ryzyka standardowego S1, oraz pozostali ubezpieczeni w tej grupie również będą reprezentowali to samo ryzyko,
to takie ubezpieczenie będzie w stanie odpowiednio zaspokajać ich potrzeby. Jeżeli natomiast w grupie ryzyka S1 znajdzie się pewna liczba osób reprezentujących ryzyko substandardowe Sb1 (np. ze względu na zatajenie informacji o swoim stanie zdrowia), to ubezpieczyciel będzie zmuszony przeznaczać więcej środków na finansowanie usług medycznych oraz podwyższyć składkę. Dla części ubezpieczonych o ryzyku standardowym S1 może okazać się ona zbyt wysoka i nie będą oni zainteresowani dalszą kontynuacją ubezpieczenia. Stąd określone działania ubezpieczyciela są w pełni zrozumiałe, gdyż dzięki tworzeniu odpowiednich grup ryzyka, różnicowaniu składek czy stosowaniu wykluczeń dbają o interes swoich klientów. Na tej podstawie można wyciągnąć wniosek, że w sensie ekonomicznym nie tyle ubezpieczyciel dokonuje wykluczeń, co jego klienci. Jeśli ubezpieczyciel nie spełni ich oczekiwań zrobią to jego konkurenci. Nikt relatywnie zdrowy nie chce przepłacać za rozbudowany pakiet ubezpieczenia zdrowotnego z którego nie korzysta, a jedynie dopłaca do osób często lub nagminnie korzystających z usług medycznych.

Jest to zgodne z teorią imputacji cenowej, która mówi o tym, że dobra produkcyjne posiadają wartość, ponieważ można dzięki nim wytworzyć dobra i usługi konsumpcyjne (finalne), których pożądają konsumenci. Przedsiębiorcy (w tym również

towarzystwa ubezpieczeniowe) ponoszą określone koszty, ponieważ zakładają, że cena jaką oferują za swoje produkty zostanie zaakceptowana przez klientów (ubezpieczonych) i pozwoli na pokrycie kosztów oraz osiągnięcie zakładanego zysku. Ceny dóbr i usług konsumpcyjnych są zatem pochodną preferencji konsumentów, którzy gotowi są je zakupić.[52] Konsument zwraca więc uwagę na korzyści wynikające z konsumpcji produktu finalnego. Nie zastanawia się nad tym, jakie były koszty czynników produkcji, które zostały zaangażowane do produkcji danego dobra czy usługi. Podobnie jest w przypadku ubezpieczeń, gdzie ubezpieczony oczekuje odpowiedniej ceny oraz jakości ubezpieczenia i nie dokonuje refleksji na temat grupy ryzyka w jakiej się znalazł. Dane ubezpieczenie porównuje do oferty konkurencji i wybiera dla siebie najlepszą, jego zdaniem, opcję lub w ogóle nie dokonuje zakupu ubezpieczenia, jeśli nie jest zadowolony z żadnej oferty.

Co istotne, o ile stosowanie wykluczeń w ubezpieczeniach zdrowotnych wyklucza tę formę *dostępu* do usług medycznych (czy też może ograniczać wybór pomiędzy poszczególnymi ofertami ubezpieczycieli), to nie zabrania takiego dostępu w ogóle. Ubezpieczenie zdrowotne nie powinno być zatem traktowane jako forma dostępu do takich usług, ale raczej jako forma finansowania tego dostępu. Ubezpieczenie samo w sobie nie powoduje zwiększenia podaży lekarzy, leków czy nowych urządzeń medycznych. Dzięki ubezpieczeniu możliwy jest transfer środków od osób, których dane zdarzenie nie objęło, do tych którym się ono przytrafiło w celu pokrycia kosztów leczenia. Jeśli, z jakiś względów, liczba lekarzy, placówek medycznych czy aparatury medycznej pozostaje stała, ale rośnie liczba ubezpieczonych konsumujących usługi medyczne, to należy oczekiwać wzrostu kosztów czy chociażby wprowadzenia limitów wizyt. Korzyści, jakie daje posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego nie powinny przesłonić faktu, że jest to jedynie jedna z form finansowania dostępu do określonych usług medycznych. Dlatego należy pamiętać, że w warunkach gospodarki rynkowej osoby, z różnych względów, nie mogące zostać objęte ochroną ubezpieczeniową nie zostają jej pozbawione w ogóle, zmianie ulega jedynie forma (finansowania) dostępu do tych usług. Im bardziej rozwinięte są poszczególne instytucje rynkowe, tym łatwiej te procesy zachodzą.

[52] M. Machaj, *Kapitalizm, socjalizm i prawa własności*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2013, s. 109.

Wykluczenia na rynku ubezpieczeń zdrowotnych nie są niczym szczególnym tak samo jak w pozostałych sektorach gospodarki. Dzięki wykluczeniom możliwe jest ustanowienie praw własności umożliwiające racjonalną kalkulację czynników produkcji. Także system cen jest odzwierciedleniem ekonomicznego charakteru dóbr i usług. Wysokie ceny odzwierciedlają relacje pomiędzy popytem a podażą – informują o niedostępności pewnych dóbr i w pewien sposób wymuszają oszczędne ich wykorzystywanie. Wykluczenia i ograniczenia stanowią jeden z fundamentów cywilizacji i gospodarki. [53] Producent samochodów negocjujący nowy kontrakt ze swoimi dostawcami ma prawo do odstąpienia od umowy, jeśli uzna, że nie spełnia ona jego oczekiwań. Jeśli tego nie zrobi produkt finalny może okazać się gorszy od konkurencji i producent poniesie straty. Tak samo konsument ma prawo do niekupowania danego produktu, jeśli uzna, że nie jest on wart swojej ceny. Co wydaje się paradoksem, to właśnie dzięki wykluczeniom możliwe staje się utrzymywanie pewnej jedności i solidarności pomiędzy członkami poszczególnych grup. Dla rynku ubezpieczeń zdrowotnych ma to szczególne znaczenie, gdyż dzięki prawidłowej ocenie ryzyka i szeregu innych działań towarzystw ubezpieczeniowych ubezpieczeni będą przekonani o dbaniu o ich interes. Dzięki temu będą dalej opłacać składki. Towarzystwa ubezpieczeniowe zaś zyskają ich uznanie i opinię stabilnych instytucji na których można polegać w trudnych sytuacjach. Odejście od tej zasady nie poskutkuje większą sprawiedliwością społeczną, a jedynie faworyzowaniem jednych grup społecznych kosztem innych i zanik instytucji ubezpieczenia. Kwestię zaufania członków tworzących poszczególne grupy społeczne, chociaż nie miał bezpośrednio na myśli ubezpieczeń, dobrze ujął Simon Sinek:

Jednostki będą podejmowały ryzyko w imię rozwoju społeczności jako całości tylko wtedy, gdy mogą tej społeczności zaufać. (…) *Gdy wierzymy, że inni robią coś w naszym interesie, bo jest to korzystne również dla nich, wówczas korzyść odnosi cała grupa.*[54]

Jest to szczególnie ważne z uwagi na fakt, że utrata nawet niewielkiej liczby

---

[53] L. H. Rockwell, *Freedom of association*, 18.07.2012, https://mises.org/library/freedom-association (dostęp: 22.06.2018).

[54] S. Sinek, *Zaczynaj od dlaczego. Jak wielcy liderzy inspirują innych do działania*, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2013, s. 110, 118.

klientów może spowodować straty ubezpieczycieli. Zazwyczaj przystąpieniem do ubezpieczenia zdrowotnego bardziej zainteresowane są np. osoby już chorujące, które próbują uzyskać dostęp do określonych usług medycznych tanim kosztem. Ubezpieczenie stanowi dla nich bardziej ekonomiczną opcję niż np. płatności bezpośrednie. Mogą oni cechować się także większą determinacją kontynuowania ubezpieczenia, nawet w przypadku stale rosnących składek. Z kolei osoby relatywnie zdrowe nie wykazują aż tak dużego zainteresowania zakupem ubezpieczenia, gdyż relatywnie rzadko korzystają z usług medycznych. Trudna rola ubezpieczyciela polega na racjonalnej wycenie ryzyka zdrowotnego dla tych poszczególnych grup. Wyższa częstotliwość korzystania z ubezpieczenia zdrowotnego przez ubezpieczonych powoduje, że nawet niewielki ubytek części ubezpieczonych (np. osób reprezentujących *ryzyko standardowe*) może spowodować wystąpienie strat u ubezpieczyciela. Przykładowo wskazuje się, że w Stanach Zjednoczonych Ameryki, gdzie występuje kilka rodzajów prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz programów publicznych, 10% ludności konsumuje około 72% wydatków na opiekę zdrowotną, a 2% ludności pochłania 41% wydatków na ochronę zdrowia.[55] Podobnie jest w Polsce, gdzie według danych NFZ za 2009 r. tylko 5% ubezpieczonych w systemie publicznym wygenerowało 60% wszystkich kosztów. Z kolei leczenie 75% ubezpieczonych stanowiło około 10% wydatków.[56] Dane te pokazują, że relatywnie niewielka część ubezpieczonych jest w stanie wygenerować większość kosztów.[57] Dlatego w ubezpieczeniach komercyjnych, gdzie obowiązuje dobrowolność zawierania umów, ocena ryzyka ma tak szczególne znaczenie. Ryzykiem ubezpieczyciela nie jest zatem to, że dane zdarzenie będzie miało miejsce, ale to czy częstość występowania takich zdarzeń (np. chorób czy intensywność korzystania z usług medycznych przez ubezpieczonych) mieści się w zakładanych przez niego ramach. Ubezpieczyciel zakłada, że dane zdarzenie będzie miało miejsce i jednocześnie monitoruje poziom odchyleń jaki się pojawiają. Mówiąc inaczej, dla ubezpieczyciela ryzykiem będzie np. to, że w okresie obowiązywania ubezpieczenia

---

[55] D. W. Light, *Sociological perspectives on competition in health care*, "Journal of Health Politics, Policy and Law" 2000, nr 25, s. 969-974.

[56] D. Dziełak i in., *Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. i rozkładu indywidualnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem tych świadczeń*, Centrala NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Warszawa 2010, s. 4.

[57] Takie statystyki nie powinny jednak dziwić. Można tutaj przywołać chociażby zasadę Pareto 80/20.

zachoruje większa liczba osób niż było założone, co wpłynie na poziom kosztów leczenia.

Na rynku ubezpieczeń zdrowotnych możliwa jest jednak sytuacja, gdzie w portfelu ubezpieczyciela występuje przewaga ryzyk substandardowych, jeśli ubezpieczeni zakwalifikowani do poszczególnych substandardowych grup ryzyka zaakceptują podwyższoną składkę za ubezpieczenie. Ochroną ubezpieczeniową mogą nawet zostać objęte zdarzenia mające miejsce w przeszłości, jeśli pozwalają na to szczególne uwarunkowania np. w ubezpieczeniu grupowym, zawieranym w zakładzie pracy, wszyscy pracownicy zazwyczaj tworzą jedną grupę ryzyka z jedną, uśrednioną składką. Często także zdarza się, że pracodawca pokrywa część lub nawet całą składkę. Nie zmienia to jednak natury ubezpieczenia, gdyż ubezpieczyciel dalej stosuje zaawansowaną ocenę ryzyka i stale monitoruje korzystanie z usług medycznych przez ubezpieczonych. Nawet jeśli pewna, już wcześniej chorująca grupa pracowników, korzysta z ubezpieczenia to jest to możliwe dzięki składkom wpłacanym przez pozostałych pracowników oraz pracodawcę. Jeśli ubezpieczyciel nie popełnił błędu i wśród pracowników występuje akceptacja dla ponoszenia odpowiednich kosztów to taki program ubezpieczeniowy, chociaż ma swoje ograniczenia,[58] jest możliwy.

Ubezpieczyciele oferują też ubezpieczenia zdrowotne od ryzyk występujących bardzo rzadko, które dotykają relatywnie niewielkiego odsetka danej populacji. Jednak, jeśli nastąpi realizacja takiego ryzyka to osoba, której ono dotyczy nie będzie w stanie samodzielnie pokryć powstałych kosztów. Wówczas posiadanie ubezpieczenia nabiera sensu, a ubezpieczyciel ma względną łatwość w ocenie takiego ryzyka, gdyż nie występuje ono tak często jak np. grypa. Do takich zdarzeń można zaliczyć ryzyko zachorowania na białaczkę. Jest to choroba bardzo rzadka, jednak jej wystąpienie generuje duże koszty.[59]

Instytucje ubezpieczeniowe odgrywają także bardzo ważną rolę, jeśli chodzi o akumulację i alokację kapitału w gospodarce. Powstanie i ewolucję instytucji ubezpieczenia można także powiązać z niską preferencją czasową. Człowiek,

---

[58] Zaliczyć do nich można między innymi: zawieranie umowy na określony czas np. na jeden rok, wprowadzenie odpowiedniego poziomu współpłacenia czy podwyższenie wysokości składki lub ograniczenie zakresu ubezpieczenia, jeśli dany program wygenerował dla ubezpieczyciela zbyt duże koszty. To czy podwyżka składki obejmie pracodawcę czy pracowników ma tutaj drugorzędne znaczenie.

[59] G. Berdine, *The economics of US healthcare*, 03.08.2011, https://mises.org/library/economics-us-healthcare (dostęp: 22.06.2018).

w przypadku braku możliwości ubezpieczenia, może podjąć działanie polegające na stopniowej akumulacji pewnych kwot pieniężnych na poczet niepewnej przyszłości. Im większe będą to kwoty oraz jeśli tak zakumulowany kapitał będzie stale się powiększał tym niższą preferencją czasową będzie cechować się dana osoba. Natomiast ubezpieczenia pozwalają na znaczne skrócenie tego procesu, są atrakcyjniejsze między innymi dlatego, że pozwalają na szybsze zakumulowanie potrzebnych środków w pewnej grupie osób. Osoby ubezpieczone nie muszą obawiać się tego, że wystąpienie niepożądanego zdarzenia przyjdzie w momencie, kiedy nie udało im się oszczędzić jeszcze odpowiednich środków, gdyż równoległe wpłaty wszystkich ubezpieczonych znacznie dynamizują ten proces. Ubezpieczenie powoduje więc znaczną intensyfikację pozytywnych efektów związanych z niską preferencją czasową. Towarzystwa ubezpieczeniowe, które prowadzą rzetelną ocenę ryzyka, w efekcie posiadają znaczny kapitał, który odpowiednio alokują (inwestują) w zależności od rodzaju ryzyka. Im mniejsza jest częstość występowania danych zdarzeń tym bardziej długoterminowe są to inwestycje. Z kolei, jeśli w danych programach ubezpieczeniowych występuje znaczny stopień konsumpcji ubezpieczenia, wtedy horyzont czasowy takich inwestycji zostaje skrócony. Jest on w pewnym zakresie odzwierciedleniem postaw ubezpieczonych oraz jakości oceny i zarządzania ryzykiem towarzystw ubezpieczeniowych. Pozytywny wkład instytucji ubezpieczeniowych w rozwój struktury kapitałowej gospodarki dostrzegł także Mises, który stwierdził, że:

> *Znaczna część kapitału pracującego w amerykańskich przedsiębiorstwach jest własnością samych pracowników oraz innych ludzi o skromnych dochodach. Miliardy wkładów oszczędnościowych, obligacji i polis ubezpieczeniowych finansują działalność tych przedsiębiorstw. Na amerykańskim rynku pieniężnym już nie banki, lecz firmy ubezpieczeniowe są największymi pożyczkodawcami. A pieniądze tych firm są – nie według prawa, ale z ekonomicznego punktu widzenia – własnością ubezpieczonych. I praktycznie każdy obywatel Stanów Zjednoczonych jest ubezpieczony w taki lub inny sposób.*[60]

Co warte podkreślenia, w sensie ekonomicznym towarzystwa ubezpieczeniowe nie dokonują tzw. transferu ryzyka, zarówno przy przyjmowaniu danej osoby do ubezpieczenia, jak i podczas inwestowania pozyskanych środków (składek netto).

[60] L. von Mises, *Ekonomia i polityka. Wykład elementarny*, Fijorr Publishing, Warszawa 2006, s. 104.

Nie jest prawdziwe stwierdzenie jakoby istotą działalności towarzystw ubezpieczeniowych było przenoszenie ryzyka.[61] Zawarcie umowy ubezpieczenia nie spowoduje, że osoba ubezpieczona nie musi się już obawiać wystąpienia niekorzystnych dla niej zdarzeń, gdyż te od momentu obowiązywania polisy zostały przetransferowane na towarzystwo ubezpieczeniowe. Ubezpieczenie nie eliminuje lub nie odracza przyczyn powodujących dane zdarzenia. Pozwala jedynie na ograniczenie lub eliminację negatywnych skutków powstałych w wyniku zrealizowania się danego ryzyka. Jak zostało to już wspomniane, rolą ubezpieczenia jest pokrycie strat ubezpieczonemu. To ubezpieczyciel, a nie ubezpieczony ponosi koszty związane z wystąpieniem danego zdarzenia, jednak nie jest to w żadnym wypadku transfer ryzyka. Ryzyko zachodzi w czasie, nie jest dobrem, które można przenieść z punktu A do punktu B. Wyrażenie *transfer ryzyka* ma więc tutaj pewien wydźwięk metaforyczny i jako takie jest stosowane w branży ubezpieczeniowej – co zapewne ma na celu stanowić uproszczone określenie dla pokrycia strat ubezpieczonemu powstałych w związku ze zmaterializowaniem się danego ryzyka. Jednak dla ekonomii nie ma ono żadnego zastosowania.[62]

Funkcjonowanie ubezpieczycieli na rynku ubezpieczeń zdrowotnych wymaga skoordynowania bardzo wielu złożonych procesów. Poszczególne towarzystwa ubezpieczeniowe konkurują między sobą o klientów na wielu płaszczyznach począwszy od jakości kalkulacji ekonomicznej wykorzystującej rachunek prawdopodobieństwa a skończywszy na marketingu czy kanałach sprzedaży. Należy jednak wziąć pod uwagę to, że pomimo rozwoju rynku ubezpieczeń zdrowotnych, wciąż występują pewne czynniki skutecznie uniemożliwiające zaistnienie danego produktu ubezpieczeniowego na rynku. Czasami czynniki te mogą być niewłaściwie postrzegane i interpretowane. Do takiego przypadku zaliczyć można argumentację przytoczoną przez Hansa H. Hoppego na temat warunków niezbędnych do powstania ubezpieczenia zdrowotnego:

Prywatny przedsiębiorca może zaoferować ubezpieczenie na wypadek zdarzeń, nad którymi ubezpieczony nie posiada kontroli. Nie można ubezpieczyć się od samobójstwa lub bankructwa, ponieważ

[61] K. J. Arrow, *Eseje z teorii ryzyka*, PWN, Warszawa 1979, s. 142.

[62] Więcej na temat krytyki wyrażenia *transfer ryzyka* zob. J. Michalak, *Przesłanki nieakceptowalności koncepcji transferu ryzyka*, w: J. Handschke (red.), *Studia z ubezpieczeń gospodarczych i społecznych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2008, s. 135-147.

od samego ubezpieczonego zależy, czy dane wypadki nastąpią. Ponieważ zdrowie lub jego brak są w znacznej mierze pod kontrolą jednostki, wiele, jeśli nie większość, ryzyk zdrowotnych jest nieubezpieczalna. „Ubezpieczenie" od ryzyk, których prawdopodobieństwo zależy w znacznej mierze od jednostki, zawiera się w odpowiedzialności za własne dobro.[63]

O ile, przytoczone w tekście, argumenty Hoppego dotyczące likwidacji regulacji państwowych w takich obszarach służby zdrowia jak uniwersytety medyczne kształcące przyszłych lekarzy czy w branży produkcji leków i sprzętu medycznego należy uznać za poprawne, o tyle w przypadku deregulacji branży ubezpieczeń zdrowotnych przedstawiona argumentacja nie jest odpowiednia.

Przede wszystkim należy zaznaczyć, powołując się na Arkadiusza Lipkę, że:

Współczesne metody oceny ryzyka ubezpieczeniowego umożliwiają objecie ochroną 97-99% osób składających wnioski o ubezpieczenie, w tym wielu osób obciążonych rozmaitymi zdrowotnymi czynnikami ryzyka.[64]

Argumenty Hoppego odwołujące się do posiadania lub nieposiadania kontroli ubezpieczonego nad swoim zdrowiem jako warunkiem niezbędnym do powstania ubezpieczenia zdrowotnego są bardzo nieprecyzyjne. W jaki sposób ubezpieczyciel (oraz sam ubezpieczony) może bowiem sprawdzić, kiedy ta kontrola istnieje, a kiedy nie? Ubezpieczony, ulegający pokusie nadużycia z pewnością nie jest klientem pożądanym przez ubezpieczycieli i dlatego stosowanie ograniczeń i wykluczeń ma przeciwdziałać tego typu praktykom. Jednak, jak zostało to już wcześniej przedstawione, towarzystwa ubezpieczeniowe tworzą poszczególne grupy ryzyka nie na podstawie wskazania wyraźniej *granicy* określającej pewnego rodzaju świadomość ubezpieczonego co do kontroli swojego zdrowia, lecz w oparciu o odpowiednią kalkulację ryzyka. Klienci, którzy celowo dążą do pogorszenia stanu swojego zdrowia w celu otrzymania odpowiedniego świadczenia z pewnością cechują się zachowaniami patologicznymi. Jednak o ich

[63] H. H. Hoppe, *Cztery kroki do naprawy służby zdrowia*, 18.01.2010, https://mises.pl/blog/2010/01/18/h-h-hoppe-cztery-kroki-do-naprawy-sluzby-zdrowia/ (dostęp: 22.06.2018).

[64] A. Lipka, *Prawo do ubezpieczenia a prawo do oceny ryzyka. Evidence Based Underwriting*, w: Z. Guzel, D. M. Fal, A. Lipka (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa. Underwritinig. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne,* Poltext, Warszawa 2013, s. 87.

wykluczeniu z ochrony ubezpieczeniowej decyduje kalkulacja ekonomiczna, a konkretnie brak akceptacji pozostałych ubezpieczonych, którzy nie chcą ponosić wyższych składek. Abstrakcyjna dychotomia *posiada kontrolę – nie posiada kontroli* nie ma tutaj żadnego zastosowania. Z drugiej strony jak wówczas można wytłumaczyć osoby wcześniej chorujące, ale już przyjęte do ubezpieczenia? Dokładnie na tej samej zasadzie co poprzednio. Oczywiście w tym przypadku nie można już mówić o ryzyku ubezpieczeniowym, ale o pewności, gdyż ubezpieczyciel jest pewien natychmiastowego skorzystania z usług medycznych przez takie osoby. Jednak dalej taki podmiot będzie kalkulował ryzyko ze względu na posiadanie w swoim portfelu osób o ryzyku standardowym lub substandardowym, które mogą dobrowolnie subsydiować te już chorujące. Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową inaczej zwane są zdarzeniami losowymi i jak wskazuje Eugeniusz Kowalewski:

> *Za zdarzenie losowe nie można uznać tego, co stanowi normalny skutek działania ludzkiego, zwłaszcza działania podjętego w celu wywołania takiego zdarzenia. Zdarzenie losowe musi następować niezależnie lub wbrew woli osoby dotkniętej skutkami tego zdarzenia.*[65]

Być może właśnie to miał na myśli Hoppe, jednak wydaje się, że jego argumentacja jest zbytnim uproszczeniem. Przykładowo ubezpieczyciel oferując ubezpieczenie pokrywające koszty leczenia za granicą proponuje klientowi dodatkowe rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej o zdarzenia losowe będące następstwem spożycia niewielkich ilości alkoholu. Ubezpieczony spożywając alkohol ma więc świadomość tego, że prawdopodobieństwo nieszczęśliwego wypadku jest większe i chociaż nie dąży bezpośrednio do jego spowodowania to granica pomiędzy kontrolowaniem a niekontrolowaniem danego ryzyka zaczyna się zacierać. Z kolei ubezpieczyciel może zaoferować takie rozszerzenie na podstawie odpowiedniej kalkulacji ryzyka i jasnym ustaleniu warunków jego odpowiedzialności.

Zatem, aby ubezpieczenie zdrowotne mogło powstać, dane zdarzenie w pierwszej kolejności musi być ubezpieczalne, czyli musi istnieć możliwość zastosowania rachunku prawdopodobieństwa. W przeciwnym wypadku

---

[65] E. Kowalewski, *Ryzyko w działalności człowieka i możliwości jego ograniczenia*, w: T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa 2001, s. 56.

zdarzenie to będzie nieubezpieczalne tzn. nie będzie możliwe racjonalne oszacowanie składki ubezpieczeniowej. W dalszej kolejności można wskazać na ryzyko ubezpieczane oraz ryzyko nieubezpieczane. Ryzyko ubezpieczane występuje wówczas, gdy możliwe jest stworzenie odpowiednio licznej grupy ryzyka. W przypadku braku wystarczającej liczby chętnych do ubezpieczenia, chociaż możliwa jest kalkulacja składki, dane ryzyko jest nieubezpieczane.

Wydaje się, że użycie nieadekwatnego opisu dotyczącego zasad funkcjonowania rynku ubezpieczeń zdrowotnych może prowadzić do niepotrzebnych nieporozumień z przedstawicielami branży ubezpieczeniowej i ostatecznie utrudniać wprowadzenie niezbędnych zmian. Powyższe uwagi są szczególnie istotne, gdyż postulowane przez Hoppego poszczególne etapy reformy służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych często są chętnie przytaczane przez ekonomistów szkoły austriackiej przy różnego rodzaju dyskusjach i polemikach.

Dlatego, dla większej transparentności takich działań, należy jeszcze raz poddać rzetelnej analizie argumenty przedstawione przez Hoppego, które w ostateczności odnoszą się do proponowanych zmian na rynku ubezpieczeń zdrowotnych.

1.1.5. Prywatne a powszechne (publiczne) ubezpieczenia zdrowotne

Ubezpieczenie jest instytucją rynkową, to znaczy taką, która powstała i ewoluowała na zasadzie współpracy. Prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych nie można mylić z tak zwanym powszechnym (publicznym) ubezpieczeniem zdrowotnym będącym elementem polityki społecznej państw. W istocie, pomiędzy ubezpieczeniem prywatnym a tzw. ubezpieczeniem publicznym występuje szereg różnic.

Po pierwsze, towarzystwa ubezpieczeniowe stosują zaawansowaną kalkulację ekonomiczną wykorzystującą rachunek prawdopodobieństwa w celu oszacowania ryzyka i ustalenia odpowiednich składek dla poszczególnych grup ryzyka. Różnicowanie składek, zakresu ubezpieczenia, wprowadzanie wykluczeń oraz ograniczeń ma na celu ponoszenie kosztów w adekwatnej relacji do uzyskiwanych i inwestowanych składek. Współpraca pomiędzy działem aktuarialnym [66] oraz underwritingowym [67] pozwala na takie zarządzanie ryzykiem, które umożliwia osiągniecie zysku. W przypadku tzw. ubezpieczeń publicznych nie występuje kalkulacja, selekcja czy klasyfikacja ryzyka. Od wszystkich *ubezpieczonych* odprowadzana jest jednolita, przymusowa *składka*.[68] Publiczne instytucje odpowiedzialne za finansowanie dostępu do opieki zdrowotnej nie muszą obawiać się odejścia *ubezpieczonych*. Sytuacja ta powoduje, że problem *pokusy nadużycia* jest o wiele bardziej widoczny w publicznych programach zdrowotnych, zwłaszcza jeśli władze publiczne, w celu ich utrzymania, często powołują się na tzw. prawo do opieki zdrowotnej obywateli.

Po drugie, w przypadku ubezpieczeń zdrowotnych zazwyczaj nie wiadomo, kto konkretnie będzie potrzebował dostępu do usług medycznych. Towarzystwo ubezpieczeniowe jest w stanie ustalić, że np. spośród 100.000 ubezpieczonych 1% zachoruje na określoną chorobę, ale nie wiadomo konkretnie jakie będą to osoby. Z kolei w ubezpieczeniach publicznych, oprócz takich osób, występuje już z góry znana, chorująca grupa osób. Nie występuje zatem rozkład ryzyka, tylko pewność.

Po trzecie, towarzystwa ubezpieczeniowe, oprócz finansowania ubezpieczonym dostępu do szeregu usług medycznych, część pozyskanych od nich składek inwestują.

---

[66] Zajmującym się kalkulacją ryzyka ubezpieczeniowego.

[67] Odpowiadającym za ocenę ryzyka ubezpieczeniowego np. poprzez analizę wniosków o objęcie ubezpieczeniem składnych przez potencjalnych klientów ubezpieczyciela.

[68] Z punktu widzenia ekonomii jest to nic innego jak przymusowa danina lub podatek.

Dzięki temu na rynku zwiększa się podaż oszczędności, co ułatwia przedsiębiorstwom pozyskiwanie kapitału niezbędnego dla tworzenia bardziej wydajniejszej produkcji. Tymczasem tzw. *składki* na ubezpieczenia publiczne są od razu konsumowane przez *ubezpieczonych*. Rynek ubezpieczeń przyczynia się zatem do wzrostu podaży oszczędności oraz ich odpowiedniej alokacji [69] w gospodarce, zaś *ubezpieczenia* publiczne to nic innego jak redystrybucja dochodów. Przymusowy transfer środków pomiędzy poszczególnymi grupami ubezpieczonych nie jest źródłem inwestycji.

Po czwarte, dzięki ograniczeniom zawartym w umowie ubezpieczenia możliwa jest racjonalna konsumpcja usług medycznych. Ubezpieczeni znają ograniczenia takich ubezpieczeń dzięki czemu podejmują inne działania mające na celu przynajmniej utrzymanie ich dotychczasowego stanu zdrowia (np. lepiej się odżywiają). Jednak racjonalnej konsumpcji takich usług nie należy utożsamiać z ich racjonowaniem, które jest charakterystyczne dla programów publicznych. Dodatkowo, oprócz ubezpieczenia, na rynku, jeśli nie jest poddany silnym regulacjom, występuje wiele innych form finansowania dostępu do usług medycznych oraz instytucji je oferujących (np. sieci medyczne, instytucje charytatywne czy płatności bezpośrednie). Dlatego też brak ubezpieczenia nie oznacza jednocześnie całkowitego braku możliwości ze skorzystania z usług medycznych. *Ubezpieczenie* publiczne nie daje osobie potrzebującej usług medycznych wyboru, a jej sytuacja pogarsza się, jeśli nie może ona skorzystać z tych usług w ramach programu publicznego. Dla takich osób realną alternatywę stanowią wówczas jedynie ubezpieczenia prywatne lub inne prywatne instytucje oferujące usługi medyczne.

Po piąte, w warunkach rynkowych istnieją mechanizmy przyczyniające się do redukcji kosztów i zwiększenia jakości usług medycznych, co w przypadku ubezpieczenia publicznego nie musi być aż tak pewne a często prowadzi do wzrostu kosztów czy spadku jakości usług.

Powyższe różnice pokazują, że tzw. ubezpieczenia powszechne (publiczne) funkcjonują na skrajnie innych zasadach niż ubezpieczenia prywatne i pomiędzy nimi, poza nazwą, nie występują w zasadzie żadne cechy wspólne. Pierwszy rodzaj ubezpieczeń jest nierozerwalnie związany z interwencjonizmem. Drugi rodzaj

[69] Z pomocą wyspecjalizowanych instytucji finansowych jak np. banki.

jest efektem działania procesów rynkowych. Ze względu na powyższe różnice nie jest możliwe połączenie tych dwóch rodzajów ubezpieczeń. Kolejne interwencje na rynku ubezpieczeń zdrowotnych coraz bardziej przybliżają je do pełnienia funkcji redystrybucyjnej w zakresie finansowania dostępu do usług medycznych. Tzw. powszechne (publiczne) ubezpieczenia zdrowotne będące elementem polityki państwa nie są ubezpieczeniami w prawdziwym tego słowa znaczeniu. Można stwierdzić, że są one specyficzną formą zabezpieczeń, a nie ubezpieczeń.

1.2. Alternatywne rynkowe formy finansowania dostępu do usług medycznych

1.2.1. Płatności bezpośrednie

Płatności bezpośrednie (*out-of-pocket*) obecnie nie są najpopularniejszą formą finansowania dostępu do usług medycznych – według danych OECD, w 2014 r., płatności bezpośrednie stanowiły 15% wszystkich wydatków na opiekę medyczną wśród 28 krajów Unii Europejskiej. [70] Mają one jednak szczególne znaczenie dla decyzji podejmowanych przez konsumentów. Powstanie oraz rozwój ubezpieczeń lub abonamentów medycznych niewątpliwie pozwala na uniknięcie znacznej części wydatków bezpośrednich, jednak nie zmienia to faktu, że koszty te dalej są ponoszone (w całości lub w większości) – w tym wypadku przez tzw. *płatnika trzeciej strony* (*third-party payer*).

Płatności bezpośrednie są podstawą transakcji dokonywanych na większości rynków. Wysokość kwot przeznaczanych na poszczególne dobra i usługi ma duże znaczenie, gdyż w ostateczności, wszystko podporządkowane jest sądom wartościującym konsumentów. Usługi medyczne nie stanowią w tym wypadku żadnego wyjątku. Konsument zachowuje szczególną uwagę, jeśli przeznacza większość środków na zakup danego dobra lub usługi. Jego wybory czasami mogą okazać się błędne, ale nigdy nie są przypadkowe. Nawet jeśli on sam nie ma dostatecznej wiedzy na temat danego produktu to często opiera się na sugestiach innych konsumentów (np. znajomych) lub doradztwie wyspecjalizowanych instytucji. Obniżki cen oraz poprawa jakości dóbr i usług niewątpliwie wpływają na większą satysfakcję konsumentów oraz pozwalają na osiągniecie zysków producentom. Jednak dobre wyniki w przeszłości osiągane przez producentów nie są gwarancją utrzymania ich pozycji rynkowej w przyszłości. Ta zależy bowiem od umiejętności przewidywania oraz zaspokajania przyszłych potrzeb konsumentów.

Konsument przeznaczając całość lub większość środków na dane dobro lub usługę nie może sobie pozwolić na ich pochopną konsumpcję, gdyż może

---

[70] OECD/EU, *Health at a glance: Europe 2016 – state of health in the EU cycle*, OECD Publishing, Paryż 2016, s. 123.

to pogorszyć jego sytuację w przyszłości i w efekcie, skończyć się dla niego stratą. Zakupu dóbr i usług medycznych bezpośrednio przez konsumenta nie należy postrzegać jako problemu, jeśli odbywa się on na nieskrępowanym rynku. Niezakłócona rynkowa konkurencja skutecznie utrzymuje bowiem koszty i ceny na niskim poziomie zwiększa podaż i jakość oferowanych dóbr i usług oraz zapewnia ich bardziej zróżnicowaną ofertę.

Nabywanie określonych dóbr i usług bezpośrednio niewątpliwie wpływa na racjonalne zachowania konsumentów. Zupełnie inaczej sytuacja przedstawia się, jeśli konsument ponosi jedynie niewielki ułamek kosztów (jak np. w ubezpieczeniach). Wówczas nie jest w on stanie całkowicie oszacować bezpośredniego kosztu za daną usługę medyczną, a jego tzw. *wrażliwość cenowa* zostaje osłabiona lub nawet wyeliminowana. Jednak umowy ubezpieczeniowe nie gwarantują nieskończonego dostępu do usług medycznych i także są obwarowane różnego rodzaju ograniczeniami. W umowach ubezpieczeń zdrowotnych ubezpieczony ponosi zazwyczaj część kosztów, bezpośrednio z własnej kieszeni (*cost-sharing*), co wydatnie pomaga towarzystwom ubezpieczeniowym w ograniczaniu pokusy nadużycia oraz utrzymywania kosztów i składek ubezpieczeniowych na stabilnym poziomie.

Obecnie płatności bezpośrednie, które zostały znacznie zmarginalizowane przez publiczną opiekę zdrowotną, mogą kojarzyć się z przykrością ponoszenia wysokich kosztów np. w sytuacji braku ubezpieczenia. Jednak w przypadku problemów z dostępnością do usług medycznych poprzez tzw. *publiczne ubezpieczenia zdrowotne* to między innymi ta forma płatności daje możliwość uzyskania szybkiego do nich dostępu. Co istotne, dzięki płatnościom bezpośrednim konsument ma możliwość nabycia konkretnych dóbr i usług w określonym czasie w potrzebnych mu ilościach u konkurujących pomiędzy sobą producentów. Nie występuje tutaj pośrednictwo w postaci ubezpieczyciela czy sieci medycznej. Władza konsumenta dokonującego płatności bezpośrednich jest tak samo silna jak ma to miejsce w przypadku rynku ubezpieczeń zdrowotnych.

1.2.2. Medyczne konta oszczędnościowe

Medyczne konta oszczędnościowe (*medical savings account* – MSA)[71] również stanowią formę płatności bezpośrednich. MSA są bardziej zinstytucjonalizowaną (tj. wprowadzoną w oparciu o nowe regulacje) formą tych płatności funkcjonującą w ramach systemów publicznych między innymi w krajach takich jak: Singapur, Republika Południowej Afryki, Stany Zjednoczone Ameryki czy Chiny. Płatności poprzez MSA odbywają się drogą elektroniczną (np. poprzez kartę debetową) oraz mogą być powiązane z ubezpieczeniami zdrowotnymi jak w RPA czy USA, gdzie ubezpieczony pokrywa pewną część kosztów medycznych z własnej kieszeni zanim będzie mógł skorzystać z ubezpieczenia. W tym wypadku wprowadzenie MSA umożliwiło szybszy transfer środków czy zmniejszenie kosztów administracyjnych towarzystw ubezpieczeniowych.[72]

Niewątpliwie pojawienie się MSA w tych kilku krajach odczytywać można jako pewnego rodzaju próbę odciążenia *płatników trzeciej strony* oraz krok w kierunku racjonalizacji popytu na usługi medyczne. Jednym z celów tego rodzaju kont medycznych jest bowiem próba wpłynięcia na postawy konsumentów, aby ubezpieczenia zdrowotne nie służyły do finansowania rutynowych procedur medycznych, które ubezpieczony może opłacić z własnej kieszeni.

Dodatkowo MSA mogą również wpływać na postawy oszczędnościowe ubezpieczonych, a gromadzenie środków na poczet przyszłych wydatków medycznych (czy szerzej zdrowotnych), poprzez medyczne konto oszczędnościowe, wydatnie ma im w tym pomóc.

Różnicę pomiędzy MSA a *zwykłymi płatnościami bezpośrednimi* można więc sprowadzić do tego, że w tym pierwszym przypadku zakup określonych usług medycznych następuje ze środków wcześniej na ten cel zgromadzonych. Z kolei *zwykłe płatności* mogą mieć swoje źródło w rezygnacji z zakupu innych dóbr i usług, sprzedaży części majątku lub dobrowolnych oszczędności. Można tutaj jednak ulec złudnej ocenie tego stanu rzeczy. Człowiek dokonujący wyboru pomiędzy oszczędzaniem na przyszłe

---

[71] Inna stosowana nazwa to zdrowotne rachunki oszczędnościowe (*health savings account* - HSA).

[72] Więcej na temat zasad funkcjonowania MSA w wybranych krajach zob. J. C. Goodman, G. L. Musgrave, D. M. Herrick, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, Fijorr Publishing, Warszawa 2008, s. 169-171, 202-205.

wydatki medyczne (zdrowotne) a bieżącą konsumpcją określonych dóbr i usług wybiera w gruncie rzeczy pomiędzy stanem bardziej a mniej pożądanym. Jeśli osoba taka woli przeznaczyć swoje środki na zakup telewizora, samochodu lub wycieczki to jest to jego racjonalna, w sensie zaspokajania pilnych potrzeb, decyzja. Niepewność przyszłości nie jest dowodem na jego nieracjonalne działanie – jeśli nie wiadomo co wydarzy się za jeden dzień a tym bardziej za dziesięć lat nie można stwierdzić, że bieżąca konsumpcja (zamiast oszczędzania) pogarsza sytuację takiej osoby. W zasadzie większość ludzi może się zgodzić ze stwierdzeniem, że posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego (np. od poważnych zachorowań lub następstw nieszczęśliwych wypadków) czy oszczędzanie na tzw. *czarną godzinę* jest ważne i potrzebne, ale nie oznacza to jednocześnie, że wszyscy oni powinni oszczędzać takie same kwoty lub w takich samych proporcjach.[73] Odpowiedzialność jednostki za jej własny los rodzi się z jej wolności wyboru i tylko wolność wyboru w największym stopniu może nauczyć jej takiej odpowiedzialności.

Przykładowo, odgórne ustalanie części dochodów jakie mają trafić na MSA ograniczają decyzyjność jednostki pozbawiając jej dostępu do części środków. Dlatego jednostce, po nabyciu przez nią pożądanych dóbr i usług (np. komputera), może pozostać mniej środków, które mogłaby ona przeznaczyć na wydatki prozdrowotne, gdyby nimi dysponowała (np. zakup akcesoriów do rekreacyjnego biegania).

W istocie na nieskrępowanym rynku już od dawna występowały różnego rodzaju *medyczne rachunki oszczędnościowe*, czyli po prostu oszczędności, którym nie trzeba było nadawać tej specjalnej nazwy. Pojawienie się MSA należy uznać za pewien dosyć ważny instytucjonalny etap stopniowego odchodzenia od finansowania usług medycznych przez *trzecią stronę* w ramach, bardziej lub mniej interwencyjnych, publicznych rozwiązań w zakresie ochrony zdrowia. Jest jednak wiele krajów, gdzie płatności bezpośrednie za określone usługi medyczne dokonywane są bez udziału MSA (np. Szwajcaria, Holandia czy Polska).

Podsumowując, pojawienie się tzw. *MSA* (lub inaczej oszczędności) zawdzięczamy nieskrępowanym procesom rynkowym umożliwiającym efektywną akumulację kapitału oraz wolności wyboru konsumentów, a nie odgórnym

[73] Wynika to między innymi ze znacznej różnorodności zapotrzebowania na określone usługi medyczne – konsumenci nie zgłaszają popytu na jeden rodzaj opieki zdrowotnej.

rozwiązaniom instytucjonalnym. Na tej podstawie można więc stwierdzić, że powstaniu i rozwojowi *MSA* najlepiej służy obniżanie podatków i zwiększanie ulg podatkowych, a nie odgórne regulacje tworzące tego typu rozwiązania.

1.2.3. Abonamenty medyczne

Abonamenty medyczne jako forma płatności pośrednich stanowią alternatywę dla ubezpieczeń zdrowotnych. Ich rozwój zależy między innymi od uwarunkowań instytucjonalnych występujących w poszczególnych krajach.

Sieci medyczne oferujące abonamenty nie zajmują się, tak jak towarzystwa ubezpieczeniowe, oceną ryzyka przy pomocy matematyki ubezpieczeniowej. Zamiast tego zawierają one umowy z lekarzami, pielęgniarkami oraz innymi przedstawicielami zawodów medycznych na świadczenie określonych usług w ramach jednej sieci medycznej. Dzięki temu przedstawiciele zawodów medycznych mają gwarancję zatrudnienia oraz motywację do wysokiej jakości świadczenia usług. Wszystko jest bowiem podporządkowane końcowej satysfakcji konsumenta. W zakresie abonamentu medycznego zawierają się przede wszystkim usługi ambulatoryjne czy badania diagnostyczne. Sieci medyczne muszą zatem odpowiednio przewidzieć koszty świadczenia takich usług. W odróżnieniu od ubezpieczeń zdrowotnych, stan zdrowia klienta nie odgrywa aż tak istotnego znaczenia. Nie oznacza to jednak, że sieci medyczne gwarantują nielimitowany dostęp do usług medycznych. Zazwyczaj po przekroczeniu pewnych limitów klienci sieci ponoszą także koszty z własnej kieszeni. Zatem także w przypadku abonamentów medycznych występują pewne formy ograniczania nadmiernej konsumpcji usług medycznych.

Sieci medyczne koncentrują się na tworzeniu i rozwijaniu odpowiednich struktur kadrowych oraz procedur, które umożliwiają im osiąganie zysków przy odpowiedniej częstotliwości konsumpcji usług medycznych. W pierwszej kolejności powstają one i rozwijają się w dużych miastach. Sprzyja temu odpowiednio duża koncentracja ludności na danym obszarze, dostęp do wykwalifikowanych pracowników czy odpowiednia infrastruktura. Uwarunkowania te sprzyjają szybkiemu powstawaniu nowych placówek w ramach danej sieci medycznej.

Abonamenty medyczne, tak jak ubezpieczenia zdrowotne, mogą być sprzedawane w formie indywidualnej oraz grupowej. W tej drugiej formie często są oferowane przez pracodawców jako pozapłacowe świadczenia pracownicze i często konkurują z ubezpieczeniami zdrowotnymi. Towarzystwa ubezpieczeniowe mogą jednak podpisać umowę na świadczenie usług medycznych ubezpieczonym z wieloma

podmiotami, którymi nie muszą być tylko i wyłącznie sieci medyczne. Ponadto ubezpieczeni mogą udać się do innych prywatnych placówek oraz na podstawie przedstawionych rachunków, otrzymać zwrot kosztów do pewnych kwot. Natomiast osoba posiadająca abonament medyczny może korzystać jedynie z placówek danej sieci.

Współpraca pomiędzy sieciami medycznymi a towarzystwami ubezpieczeniowymi przynosi korzyści obu stronom. Ubezpieczyciele nie muszą ponosić dużych wydatków na budowę własnych placówek (chociaż mogą także taką sieć tworzyć) oraz mogą zaoferować ubezpieczonym dostęp do większej ilości placówek medycznych. Z kolei sieci medyczne konkurują pomiędzy sobą również o kontrakty z towarzystwami ubezpieczeń. Dzięki takim umowom mogą one uzyskać dostęp do szerszego grona klientów, nawet jeśli bezpośrednio przegrają z ubezpieczycielami konkurencję o klientów. Wówczas to towarzystwo ubezpieczeniowe, w imieniu swoich klientów, monitoruje jakość świadczonych przez nie usług. Natomiast w przypadku abonamentów reklamacje klientów rozpatrywane są w konkretnych placówkach medycznych należących do danej sieci. Ponadto prywatne sieci medyczne, na skutek zbyt dużej konsumpcji usług medycznych przez klientów, mogą ponosić większe koszty od przychodów generowanych z abonamentów, co może skutkować działaniami po stronie operatora zmniejszającymi jego koszty (np. dłuższy czas oczekiwania i świadczenia usług medycznych czy kierowanie na mniej kosztowne badania). W przypadku grupowego ubezpieczenia takie *ryzyko* może być mniejsze, gdyż to ubezpieczyciel przekazuje środki do wybranej placówki (sieci) jako zapłatę za usługi medyczne wskazane przez ubezpieczonego i zwraca uwagę na ich realizację m. in. w odpowiednim czasie. Dana sieć mająca umowę z ubezpieczycielem nie może więc sobie pozwolić na zbytnie wydłużanie czasu umawiania wizyt – w przeciwnym wypadku mogą zastąpić ja bardziej efektywni konkurenci.

Sieci medyczne będą jednak miały trudności w zaoferowaniu pakietów na relatywnie rzadkie schorzenia obejmujące niewielki odsetek populacji. W takich przypadkach w lepszej pozycji znajdują się towarzystwa ubezpieczeniowe. Z kolei sieci medyczne będą bardziej zainteresowane rozszerzaniem swoich pakietów o usługi medyczne, które mogą być świadczone większej grupie klientów – inaczej ponosiłyby niepotrzebne koszty.

Podsumowując, abonamenty medyczne w pewnym stopniu zarówno konkurują,

jak i uzupełniają się z ubezpieczeniami zdrowotnymi, na czym wydatnie korzystają konsumenci (tak jest np. w Polsce).

1.2.4. Działalność charytatywna

Działalność charytatywna jest istotnym elementem gospodarki rynkowej. Dzięki niej osoby najbardziej tego potrzebujące mogą liczyć na pomoc reszty społeczeństwa, które jest zdolne do pracy. Pomoc taka jest jednak możliwa dzięki stale rosnącej produkcji dóbr i usług, która jest efektem akumulacji kapitału. Tak rozwijająca się gospodarka poprawia warunki życia ludzi oraz odpowiada za wzrost ich dobrobytu, co z kolei przyczynia się do intensyfikacji działalności charytatywnej. Jak ujął to Mises:

> *W systemie kapitalistycznym pojęcie ubóstwa odnosi się wyłącznie do tych, którzy nie mogą zatroszczyć się o siebie.* (…). *Kapitalizm przyniósł wprawdzie wzrost poziomu życia mas, poprawę warunków higienicznych, metod profilaktyki i leczenia, ale nie wyeliminował fizycznej niezdolności do pracy. To prawda, że wielu ludzi, którzy dawniej byliby do końca życia skazani na inwalidztwo, dziś wraca do pełni zdrowia. Jednocześnie jednak wielu ludzi, którzy dawniej musieliby przedwcześnie umrzeć z powodu wrodzonych ułomności, chorób i wypadków, dziś żyje z trwałym inwalidztwem. Ponadto podwyższenie średniej długości życia skutkuje wzrostem liczby osób w podeszłym wieku, które nie są zdolne do pracy zarobkowej.*
>
> *Problem osób niezdolnych do pracy jest specyficznym problemem cywilizacyjnym i społecznym.* (…). *Choć może się to wydać paradoksalne, stosunkowo duża liczba inwalidów jest cechą charakterystyczną cywilizacji i wysokiego poziomu materialnego.*[74]

Takie uwarunkowania wpływają na ludzkie postawy. Prośba o pomoc jest postrzegana bardziej jako ostateczność, a jednostki zdolne do pracy podejmują działania w celu zabezpieczenia się na wypadek niepewnej przyszłości np. wykupując ubezpieczenie czy ograniczając konsumpcję. Nie jest to jednak efekt uzależnienia od bezwzględnego systemu kapitalistycznego, a działania świadczące o ich swobodzie wyboru i niezależności. Jednostki posiadające polisy ubezpieczeniowe, własne oszczędności oraz inne formy zabezpieczenia się na wypadek wystąpienia niepewnych zdarzeń (np. wypadki czy choroby) nie stanowią ciężaru ekonomicznego dla reszty społeczeństwa. Poprzez odpowiednie instytucje rynkowe (komercyjne, jak i niekomercyjne) same potrafią o siebie zadbać. Ten stan rzeczy w latach 20-tych XX w. dobrze ujął Prezydent Calvin Coolidge stwierdzając, że:

---

[74] L. von Mises, *Ludzkie działanie. Traktat o ekonomii*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 706.

Nie ma godności tak imponującej i niezależności tak wielkiej jak życie w ramach własnych możliwości.[75]

Wypowiedź ta wyraźnie kontrastuje ze współczesnymi nawoływaniami wielu polityków do zwiększania roli państwa w zapewnianiu społeczeństwu tzw. *bezpieczeństwa socjalnego*.

Istotne w tym wypadku jest to, że różnorodne rynkowe rozwiązania tworzą odpowiednie struktury w zakresie finansowania dostępu do usług medycznych. Dzięki temu osoby uczestniczące w procesie produkcji mają zapewnione większe bezpieczeństwo i same mogą przeznaczyć część własnych środków na pomoc osobom potrzebującym. Z perspektywy ekonomii można bowiem wskazać na dwa podstawowe warunki udzielenia pomocy potrzebującym: dostępność odpowiednich środków oraz wolę. Osoby przekazujące dobrowolnie środki dla potrzebujących wyżej cenią satysfakcję z udzielenia im pomocy niż zachowanie tych środków lub ich konsumpcję. Korzyści, jakie osiągają, nie mają zatem charakteru pieniężnego. Chęć poprawy czyjejś sytuacji motywuje do działania oraz daje poczucie satysfakcji. To, czy takie działanie jest motywowane względami religijnymi, wewnętrzną wrażliwością na ludzką krzywdę lub innymi pobudkami, nie ma dla ekonomii znaczenia – liczy się sam akt działania oraz jego skutki.

Nawet we współczesnych gospodarkach, podlegającym wielu interwencjom szkodzącym rynkowej produktywności, można zaobserwować niezliczoną ilość różnorodnych akcji charytatywnych, mających doraźny lub stały (instytucjonalny) charakter. Między innymi dzięki rozwojowi Internetu możliwe są relatywnie szybkie zbiórki wielomilionowych kwot. Takie wydatki wiążą się z zakupem drogich leków i/lub finansowaniem kosztownych terapii, czyli dóbr i usług medycznych będących jedynie w zasięgu możliwości finansowych osób bardzo zamożnych. Jednak działalność charytatywna umożliwia przeskoczenie tej bariery, gdyż w tym przypadku *fundatorem* jest tysiące osób udzielających wsparcia – nawet tego najskromniejszego. Powoduje to jeszcze jeden pozytywny skutek. Dodatkowy popyt na rzadkie i kosztowne usługi

[75] J. C. Maxwell, *Etyka*, Studio Emka, Warszawa 2010, s. 110.

medyczne zachęca producentów do ich wydajniejszej produkcji. Popyt na tego typu innowacyjne i, w pewnym sensie, *luksusowe* dobra i usługi nie pochodzi już tylko od osób o najwyższych dochodach, co daje nadzieję na ich szybszą masową produkcję w przyszłości. Dzięki działalności charytatywnej swój pośredni udział w wyznaczaniu trendów czy kierunków rozwoju innowacyjnych dóbr i usług medycznych mają także osoby o średnich lub niskich dochodach.

Ważną cechą aktywności charytatywnej jest jej bezpośredniość oraz nieformalność. Osoby wykazujące się takim wsparciem kierują się w znacznej mierze kryteriami emocjonalnymi co ma wiele zalet. Inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku różnych programów publicznych (nierynkowych, niecharytatywnych), gdzie występują jasno określone procedury. Wrażliwość oraz dobra wola darczyńcy, zostaje zastąpiona sformalizowaną decyzją urzędniczą prowadzącą do odgórnej selekcji, komu przysługuje taka *pomoc*, a komu nie, co stanowi wypaczenie samego aktu udzielania pomocy.

Istotne jest także to, że rozwiązania rynkowe umożliwiają rozwój wielu instytucji charytatywnych usprawniających te procesy poprzez szybkie kierowanie uwagi społeczeństwa na przypadki osób najbardziej potrzebujących wsparcia oraz poprzez pozyskiwanie niezbędnych środków w celu poprawy ich sytuacji. Ponadto, wspierający dzięki takiej aktywności rozwijają również odpowiednie postawy etyczne oraz przynajmniej w sposób pośredni, przyczyniają się do ich *promowania* wśród reszty społeczeństwa.

1.3. System ochrony zdrowia jako element gospodarki rynkowej

1.3.1. Relacje pomiędzy poszczególnymi formami finansowania dostępu do usług medycznych

Rozważając funkcjonowanie rynkowych rozwiązań w zakresie dostarczania potrzebnych konsumentom dóbr oraz usług medycznych (czy szerzej zdrowotnych), w pierwszej kolejności, należy zastanowić się nad ich odpowiednim zdefiniowaniem. Jednak zamiast owe procesy określać jako rynkową lub prywatną opiekę zdrowotną (jako alternatywę dla publicznej opieki zdrowotnej) bardziej zasadne jest używanie takich sformułowań jak prywatny lub rynkowy system ochrony zdrowia oraz powszechny (publiczny) system ochrony zdrowia[76].

Samo sformułowanie "opieka zdrowotna" jest bardzo uogólnione oraz rozmyte. Często mówi się o potrzebie zapewnienia ludziom dostępu do opieki zdrowotnej przez państwo, ale nie ma przypadków krajów posiadających identyczne systemy opieki zdrowotnej – wręcz przeciwnie, występuje tutaj duża ich różnorodność. Opiekę zdrowotną traktuje się jednak jako pewien rodzaj abstrakcyjnego, ujednoliconego dobra, którego każdy potrzebuje. Jednak, w rzeczywistości, nikt nie *konsumuje* większej lub mniejszej ilości jednostek ogólnego zasobu opieki zdrowotnej. Równie mylące jest mówienie o tzw. *prawie do opieki zdrowotnej*. Nie jest to *prawo* do korzystania z jednego, homogenicznego dobra. Ludzie różnią się między sobą tak pod kątem fizjologicznym jak i psychologicznym. Dodatkowo są uczestnikami zdarzeń losowych wywołujących niepożądane skutki (np. wypadki lub choroby). W istocie człowiek nie zgłasza popytu na *opiekę zdrowotną* w ogóle, ale na konkretne dobra i usługi medyczne (czy szerzej zdrowotne) mające ograniczyć lub usnąć jego dyskomfort. Rynek (producenci) odpowiada więc za zaspokajanie owych zróżnicowanych potrzeb zdrowotnych konsumentów poprzez dostarczanie heterogenicznych dóbr oraz usług, a nie jednego uniwersalnego produktu po mylącą nazwą opieki zdrowotnej.[77]

Stosowanie określenia *system ochrony zdrowia* zamiast *system opieki*

---

[76] Uzasadnienie dla stosowania terminu "powszechny system ochrony zdrowia" szerzej zostało opisane w punkcie 2.1.1 w rozdziale 2.

[77] Zob. także komentarz prof. P. Kleina na temat definicji opieki zdrowotnej: https://mises.org/wire/obamacare-trumpcare-get-rid-it-all (dostęp: 02.08.2018).

zdrowotnej ma swoje ważne uzasadnienie ekonomiczne oraz prakseologiczne. Wiele osób może się zgodzić ze stwierdzeniem, że w przypadku choroby bądź wypadku należy jak najszybciej poddać się leczeniu. Jednak ta intuicyjna zgodność nie oznacza, że osoby te tak samo postrzegają owe zagrożenia oraz podejmują identyczne działania, aby im zapobiegać. Wbrew obiegowym opiniom zdrowie wcale nie musi być najważniejsze – wiele zależy bowiem od sytuacji, w jakiej znajduje się człowiek. Przykładowo, trudno oczekiwać, aby osoby młode i niechorujące, co kwartał poddawały się dokładnym badaniom lub też były zainteresowane posiadaniem szerokiego zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Zatem, niekoniecznie muszą być one chętne do podejmowania tego typu działań. Inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku osób już chorujących – dla nich zdrowie będzie uszeregowane wyżej lub najwyżej w ich hierarchii potrzeb. Nie występuje tutaj sztywny podział czy klasyfikacja potrzeb – wszytko zależy od sądów wartościujących konsumentów a producenci próbują za tymi potrzebami podążać. Zatem za potrzebę zdrowotną należy uznać zarówno poddanie się skomplikowanej operacji, konsultacje i badania u lekarza specjalisty, przyjmowanie leków jak i wykupienie karnetu na siłownię, spacery po lesie, zmianę w sposobie odżywiania czy wcześniejsze chodzenie spać. Każda jednostka zaspokaja swoje potrzeby za pomocą wcześniej dobranych środków. Tworzy więc swój własny plan czy system, aby tego dokonać. Jej potrzeby są specyficzne, często wymagają zaangażowania zestawu komplementarnych środków. Sytuacja taka powoduje, że powstają określone złożone struktury rynkowe, będące odzwierciedleniem decyzji podejmowanych przez konsumentów.

W przeciwieństwie do powszechnego (publicznego) systemu ochrony zdrowia jej rynkowy odpowiednik nie posiada jednej zinstytucjonalizowanej, sztywnej struktury. Ramy systemu rynkowego nie są z góry określone, podlegają nieustannym zmianom. System ochrony zdrowia jako ważna część gospodarki rynkowej funkcjonuje na takich samych zasadach jak jej pozostałe elementy (rynki). Być może z powodu braku tego stałego “kształtu” (lub trudnościami z jego określeniem) rynkowy system ochrony zdrowia może wydawać się mniej atrakcyjnym rozwiązaniem niż system publiczny. Jednak, dla ekonomii i gospodarki, istotna jest nie tylko dynamika procesów rynkowych czy ich różnorodność, ale również badanie efektów, jakie owe procesy przynoszą. Rynek nie jest abstrakcyjnym zmieniającym się bytem, do którego muszą nieustannie

dostosowywać się konsumenci. Rynek jest właśnie efektem ich działań. Istotę rynku dobrze oddał Mises:

Rynek nie jest miejscem, rzeczą ani kolektywnym bytem. Rynek jest procesem uruchamianym przez wzajemny wpływ działań różnych jednostek współpracujących w warunkach podziału pracy. Siłami decydującymi o wciąż zmieniającym się stanie rynku są sądy wartościujące tych jednostek oraz ich działania, kierowane owymi sądami. Stan rynku w dowolnym momencie to struktura cen, czyli wszystkie relacje wymiany ustanowione w wyniku interakcji między tymi, którzy chcą sprzedać, a tymi, którzy chcą kupić. Nie ma w rynku nic nieludzkiego ani mistycznego. Proces rynkowy jest w całości wypadkową ludzkich działań. Każde zjawisko rynkowe można prześledzić aż do konkretnych decyzji podejmowanych przez członków społeczeństwa. (…)

Kierowanie wszystkimi sprawami gospodarczymi w społeczeństwie rynkowym jest zadaniem przedsiębiorców. Oni nadzorują produkcję. Trzymają ster i kierują łodzią. Powierzchowny obserwator mógłby odnieść wrażenie, że są to dowódcy. Tak jednak nie jest, gdyż muszą oni bezwarunkowo podporządkować się rozkazom kapitana. Kapitanem jest konsument. O tym, co ma być produkowane, nie decydują przedsiębiorcy, farmerzy czy kapitaliści, lecz konsumenci. Jeśli przedsiębiorca nie stosuje się ściśle do poleceń wydawanych przez społeczeństwo, a przekazywanych za pośrednictwem struktury cen rynkowych, ponosi straty, bankrutuje i zostaje usunięty z ważnej funkcji sternika. Jego miejsce zajmują inni, ci, którzy potrafili lepiej od niego zaspokoić potrzeby konsumentów.[78]

Chociaż cały proces produkcji podporządkowany jest ostatecznie konsumentom mają oni głównie styczność jedynie z producentami dóbr i usług finalnych. Tzw. *wyższe stadia produkcji*, chociaż nie znajdują się w kręgu ich zainteresowań, w sensie ekonomicznym również są im podporządkowane. Zachodzące tam zmiany wpływają na ostateczny kształt rynku tylko jeśli konsumenci je zaakceptują.

Między innymi dlatego ubezpieczenia zdrowotne pełnią tak ważną funkcję w rynkowym systemie ochrony zdrowia. Dzięki rzetelnej ocenie ryzyka towarzystw ubezpieczeniowych, gdy zajdzie taka potrzeba, są one w stanie zapewnić dostęp do określonych usług medycznych na wskazanych wcześniej warunkach. To, że ubezpieczenia zdrowotne nie są jedyną rynkową formą finansowania dostępu do takich usług, wynika przynajmniej z czterech powodów. Po pierwsze, ubezpieczenia zdrowotne posiadają swoje ograniczenia w finansowaniu dostępu do tych usług – nie

---

[78] L. von Mises, *Ludzkie działanie. Traktat o ekonomii*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 223-224, 234.

gwarantują nieograniczonego dostępu. Towarzystwa ubezpieczeniowe starają się ograniczać pokusę nadużycia, aby nie doprowadzić do wzrostu składek przekraczającego oczekiwania ubezpieczonych. Ubezpieczeni płacący ułamek kosztów mogą korzystać z określonych usług znacznie częściej niż gdyby ponosili koszty bezpośrednio. Po drugie, nie wszystkie zdarzenia są ubezpieczalne, to znaczy nie dla wszystkich zdarzeń można przeprowadzić kalkulację ekonomiczną opartą o rachunek prawdopodobieństwa, a więc ustalić ceny (składki). Po trzecie, nie każda osoba musi odczuwać jednakową potrzebę odpowiedniego zabezpieczenia się przed niepożądanymi skutkami utraty zdrowia. Niektórzy wolą przeznaczyć swoje środki na inne dobra lub usługi i w sytuacji wypadku lub choroby zapłacić np. bezpośrednio za określone usługi medyczne. Po czwarte, na rynku mogą funkcjonować *substytuty* ubezpieczeń zdrowotnych np. w postaci abonamentów medycznych, które w pewnym zakresie oferują dostęp do tych samych usług medycznych.

Ponadto należy także podkreślić, że o ile ubezpieczenia, do pewnego stopnia, pozwalają na uwolnienie od ciężaru znacznych wydatków zdrowotnych, to ich rozwoju nie należy bezpośrednio utożsamiać z rosnącą produkcją dóbr i usług medycznych. Stale rosnący popyt na tego typu dobra i usługi może być generowany zarówno poprzez płatników trzeciej strony (towarzystwa ubezpieczeniowe, sieci medyczne oraz instytucje charytatywne) jak i pojedynczych konsumentów (płatności bezpośrednie). Można sobie wyobrazić sytuację, w której produkcja takich dóbr i usług się nie zmienia lub maleje, ale popyt generowany przez rosnącą liczbę ubezpieczonych stale rośnie. W takiej sytuacji składki również będą rosnąć. Przeznaczanie ułamku kosztów przez ubezpieczonych jest możliwe dzięki działaniom towarzystw ubezpieczeniowych oraz procesom konkurencji. Jednak płacenie przykładowo 10% kosztów w postaci składki ubezpieczeniowej nie wynika z dziesięciokrotnego wzrostu podaży, o czym należy pamiętać. Spadające ceny ubezpieczeń zdrowotnych mogą mieć swoje źródło zarówno w rosnącej jakości oceny ryzyka, jak i w stale rosnącej podaży potrzebnych dóbr i usług medycznych, jednak bez tej rosnącej podaży (i wiedzy medycznej) rynek ubezpieczeń zdrowotnych miałyby bardzo ograniczone perspektywy wzrostu pomimo rozwoju matematyki ubezpieczeniowej.

Można zgodzić się z poglądem, iż posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego lub abonamentu medycznego daje duży komfort i te usługi/formy płatności mogą cieszyć

się największym zainteresowaniem ze strony konsumentów. Jednak równie istotną (czy wręcz podstawową) rolę w rynkowym systemie ochrony zdrowia dalej pełnić będą płatności bezpośrednie. Dzięki nim konsument może bowiem łatwo oszacować koszt danej usługi, co wpływa na racjonalność jego decyzji. System cen sprawia, że każdy konsument może łatwo zorientować się w danej sytuacji oraz podjąć decyzję o wielkości konsumpcji. Konsument płacący z własnej kieszeni nie będzie skłonny do niegospodarności. Płatności bezpośrednie stanowią więc pewnego rodzaju *kotwicę* wpływającą na racjonalność wyborów konsumenta oraz są dobrą alternatywą w przypadku braku ubezpieczenia lub abonamentu medycznego. Tak ja było już to zaznaczane – współcześnie mogą być one kojarzone z ponoszeniem dużych kosztów, ale jest to efekt liczniejszych niż na innych rynkach interwencji. Ponadto płatności bezpośrednie pozwalają również na rozwój innowacji w zakresie usług medycznych, dzięki czemu powstają wyspecjalizowane instytucje świadczące nowatorskie rozwiązania. Jak wskazują John C. Goodman i in.:

Staje się rzeczywistością to, co Regina Herzlinger, profesor Uniwersytetu Harvard, nazywa "zogniskowanymi zakładami" – ośrodkami świadczącymi wysoce efektywną, wyspecjalizowaną opiekę. Te przedsiębiorstwa opieki zdrowotnej zapewniają pacjentom niższe ceny, niższe wskaźniki umieralności, krótsze okresy pobytu oraz większą satysfakcję.

Na przykład, Centrum Chorób Piersi Johna Hopkinsa jest zogniskowanym zakładem specjalizującym się w operacyjnym usuwaniu piersi. Centrum Medyczne Dartmouth-Hitchcock w miejscowości Lebanon w New Hampshire stanowi zogniskowany zakład chirurgii serca. Pediatryczna Grupa Medyczna, która zarządza w dwudziestu jeden stanach jednostkami zajmującymi się noworodkami i świadczy usługi w dziedzinie pediatrii, jest kolejnym przykładem. Zogniskowane zakłady pojawiają się także w całym kraju, aby świadczyć usługi związane z rakiem, ginekologiczne i ortopedyczne. Bohaterem spektakularnej historii sukcesu jest dr Bernard Salick, specjalista urolog, który został milionerem jako pionier krajowej sieci klinik raka pracujących całą dobę.[79]

Towarzystwa ubezpieczeniowe również często współpracują z wieloma *zogniskowanymi zakładami* tworząc nowe produkty ubezpieczeniowe np. umożliwiające pokrycie znacznych kosztów leczenia (np. chorób nowotworowych) w wysoce

[79] J. C. Goodman, G. L. Musgrave, D. M. Herrick, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, Fijorr Publishing, Warszawa 2008, s. 363-364.

wyspecjalizowanych instytucjach działających w różnych krajach. *Zakłady* te mają więc zapewnione dodatkowe źródło przychodów. Pomimo wysokich sum ubezpieczenia składki nie są nieosiągalne dla większości zainteresowanych, a to między innymi dzięki tworzeniu przez towarzystwa ubezpieczeniowe globalnych, ponadnarodowych grup ryzyka. Im większa jest liczba ubezpieczonych (oraz dostępnych danych), tym łatwiej o rzetelną ocenę ryzyka oraz jego monitoring. Dzięki temu, kiedy np. u ubezpieczonego, obywatela Polski, zdiagnozowana zostaje poważna choroba wchodząca w zakres takiego ubezpieczenia, to w ekonomicznym sensie jego leczenie w wyspecjalizowanej instytucji jest w gruncie rzeczy finansowane przez ubezpieczonych z całego świata. Jest to dobry przykład na to, jak procesy przedsiębiorcze dają ludziom z całego świata szansę na lepsze zabezpieczenie niepewnej przyszłości i to bez ich bezpośredniej interakcji. Równie pożyteczną funkcję pełnią ubezpieczenia turystyczne pokrywające koszty leczenia za granicą czy turystyka medyczna pozwalająca na dostęp do określonych usług medycznych poza granicami danego kraju. Przykłady te pokazują, że rynkowy system ochrony zdrowia, przynajmniej w pewnej swojej części, może mieć światowy zasięg.

Ponadto, towarzystwa ubezpieczeniowe czy sieci medyczne mogą także stymulować rozwój rynku leków, usług medycznych czy sprzętu medycznego. Niewątpliwie, ubezpieczyciele mają swój interes w tym, aby ich klienci jak najdłużej cieszyli się dobrym zdrowiem – wpływa to na mniejszą konsumpcję ubezpieczeń i pozwala na obniżenie składek. Zażywanie "niepewnych" leków czy korzystanie z usług "niepewnych" lekarzy może pogorszyć stan zdrowia ubezpieczonego i w efekcie prowadzić do częstszego korzystania z ubezpieczenia zdrowotnego. Oczywiście w rynkowym systemie ochrony zdrowia nie istniałyby żadne obowiązkowe licencje wymagane przez instytucje publiczne. Nie oznacza to jednak, że system licencji w ogóle by nie funkcjonował. Wręcz przeciwnie, system licencji wydawanych przez konkurujące pomiędzy sobą instytucje, np. stowarzyszenia lekarzy, farmaceutów i innych przedstawicieli zawodów medycznych, znakomicie sprawdzałby się jako element przewagi konkurencyjnej. Producenci leków czy młodzi, początkujący lekarze zabiegaliby o licencje wydawane przez różne instytucje, gdyż te zwiększałyby ich konkurencyjność.[80] Z kolei instytucje je wydające poddawałyby skrupulatnej ocenie osoby

[80] Przykładowo sieci medyczne mogłyby prowadzić rekrutację tylko wśród lekarzy posiadających kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi certyfikatami.

czy przedsiębiorstwa aplikujące o ich uzyskanie dla swoich produktów, gdyż w przeciwnym wypadku szybko wypadłyby z rynku, a ich miejsce zajęłyby bardziej rzetelne instytucje. Na rynku nie podlegającym interwencjom, gdzie władza konsumenta nie jest ograniczona, utrata jego zaufania ma bardzo poważne konsekwencje. Na znaczeniu zyskuje więc budowanie zaufania konsumenta do określonych instytucji czy danej marki. Między innymi również dlatego towarzystwa ubezpieczeniowe byłyby zainteresowane własną aktywnością na takich rynkach, gdyż dzięki temu mogłyby mieć większy wpływ na ograniczanie ryzyka zdrowotnego. Jeśli ubezpieczeni korzystaliby z usług lekarzy rekomendowanych przez towarzystwa ubezpieczeniowe czy zażywaliby bezpieczne leki, tym samym pozytywnie wpływaliby na swoje zdrowie. W efekcie towarzystwa ubezpieczeniowe mogłyby bardziej rozwinąć system zniżek ubezpieczeniowych przyznawanych za korzystanie z odpowiedniej jakości dóbr i usług medycznych lub nawet za aktywne działania ubezpieczonych ograniczające prawdopodobieństwo wystąpienia chorób lub wypadków.[81] Ubezpieczeni mogliby zatem prowadzić bardziej aktywny styl życia, który po odpowiednim udokumentowaniu uprawniałby ich do otrzymania zniżki.

Towarzystwa ubezpieczeniowe miałyby więc swój wkład w systematycznym poprawianiu jakości dóbr i usług medycznych np. poprzez posiadanie udziałów w przedsiębiorstwach farmaceutycznych czy przedsiębiorstwach produkujących sprzęt medyczny. Można także przypuszczać, że byłyby one bardzo zainteresowane wsparciem dla małych, ale innowacyjnych przedsiębiorstw, którym pomagałyby w zarządzaniu oraz udzielały wsparcia kapitałowego. Taka analiza pokazuje duży potencjał nieskrępowanych procesów rynkowych, które nie tworzą sztywnych ram, ale podlegają nieustannym przekształceniom na czym zyskują konsumenci – ostateczni beneficjenci efektów tych przemian.

Jednak nawet w prywatnym systemie ochrony zdrowia należy liczyć się z tym, że koszty finansowania dostępu do usług medycznych dla pewnej części społeczeństwa mogą okazać się zbyt duże. Z jednej strony ludzie nie są doskonali i popełniają błędy, a z drugiej strony bardzo trudno jest przewidzieć rozwój wszystkich możliwych

[81] L. Tannenhill, M. Tannenhill, *Rynek i wolność*, Fijorr Publishing, Warszawa 2006, s. 160-164. [Ebook].

wypadków w przyszłości. Owe niedogodności mogą być (i są) skutecznie ograniczane lub eliminowane przez szeroko pojmowaną działalność charytatywną. Dzięki tego rodzaju aktywności możliwe jest przezwyciężanie sytuacji, kiedy podstawowe formy finansowania dostępu do usług zdrowotnych nie są w stanie takiego dostępu zapewnić. Jako przykład można podać niezwykle rzadką chorobę, która nie podlega ubezpieczeniu, a dodatkowo jej leczenie jest bardzo kosztowne. W takich sytuacjach nie pomoże więc ani ubezpieczenie, ani abonament medyczny. Jedynym wyjściem pozostaje zatem sfinansowanie kosztownego leczenia w wyspecjalizowanej jednostce poprzez dobrą wolę innych ludzi. Może to rodzić pewnego rodzaju obawy, dla niektórych takie ubieganie się o pomoc może być traktowane nawet jako uwłaczające – oto brak ubezpieczenia czy wystarczających środków prowadzą do sytuacji, kiedy należy uciec się do ostateczności w postaci prośby o pomoc. Jednak ubezpieczenia także są pewnego rodzaju formą pomocy jednym osobom przez inne. Zasady, na jakich jest udzielane owo wsparcie, ustalają towarzystwa ubezpieczeniowe wcielając się niejako w rolę agentów dbających o interesy swoich klientów.

Należy także zwrócić uwagę, że nie zawsze istnienie z góry ustalonych rozwiązań może być korzystne. Jeśli przedmiotem wsparcia działalności charytatywnej są przypadki rzadkie, trudne, jak również dające niewielkie szanse na powodzenie, to ustanowienie dla nich sztywnych zasad funkcjonowania nie będzie korzystne ani dla pomagających, ani dla tych którzy tej pomocy potrzebują. Na jakiej podstawie miałoby bowiem zostać ustalone, z góry, kto komu oraz w jakiej wysokości ma pomagać? Dlatego właśnie dzięki różnym spontanicznym inicjatywom oraz instytucjom charytatywnym specjalizujących się w tego rodzaju działalności możliwe jest udzielnie potrzebnego wsparcia w bardzo krótkim czasie. Największy potencjał i zarazem wartość w tego typu działalności kryje się w zrozumieniu, że działalność charytatywna jest nieodzownym elementem rynkowego systemu ochrony zdrowia, a nie jedynie przykrym dodatkiem. W związku z tym, że w zasadzie w każdej chwili każdego człowieka może dotknąć wielkie nieszczęście, racjonalnym oraz ekonomicznym uzasadnieniem jest, aby to społeczeństwo z prywatnych środków kierowało swoją pomoc do osób najbardziej tego potrzebujących.

Równie ważnym skutkiem takiego *kształtu* rynkowego systemu ochrony zdrowia jest rosnąca odpowiedzialność jednostek za swój los, dlatego wszelkiego rodzaju działalność charytatywną będą oni traktować raczej jako ostateczność, a osoby budzące

wątpliwości do otrzymania tego rodzaju pomocy będą skrupulatnie weryfikowane przez instytucje charytatywne. Dzięki tego typu działaniom w społeczeństwie będzie rosła świadomość, że osoby otrzymujące pomoc naprawdę jej potrzebują. Dodatkowym, pozytywem efektem będzie również rozwój odpowiednich postaw etycznych w społeczeństwie między innymi dzięki takim instytucjom jak np. Kościół Katolicki. John C. Maxwell powołując się na Instytut Etyki Josephsona zwraca uwagę na istnienie dwóch *wymiarów* etyki:

Pierwszy to zdolność do odróżnienia dobra od zła, uczciwości od nieuczciwości, przyzwoitości od nieprzyzwoitości. Drugi to zobowiązanie, że będziemy postępować dobrze, uczciwie i przyzwoicie. Etyka wiąże się z działaniem; to nie jest tylko temat do przemyśleń i dyskusji.[82]

W tym miejscu warto jeszcze zwrócić uwagę na istotną rolę jaką w rynkowym systemie ochrony zdrowia pełni instytucja rodziny. Człowiek jest istotą, która dostrzegła korzyści wynikające z podziału pracy. Dzięki istnieniu społeczeństwa można łatwiej zaspokajać swoje potrzeby a pierwszą społeczną *namiastką* w życiu każdego człowieka jest właśnie rodzina. Dlatego, w dyskusji na temat funkcjonowania rynkowego systemu ochrony zdrowia, należy zwrócić uwagę, że w sytuacji wymagającej wsparcia pozostałej części społeczeństwa, zanim owo wsparcie jeszcze nastąpi, pierwsze koszty oraz pomoc są często już świadczone przez członków bliższej lub dalszej rodziny. Osoba potrzebująca pomocy nie jest zatem postawiona pomiędzy jej własnymi decyzjami (np. opłacanie ubezpieczenia lub abonamentu czy gromadzenie oszczędności), a pomocą osób trzecich. Działalność charytatywną można na tej podstawie uznać za pewnego rodzaju rozszerzenie pomocy od osób bliźnich do reszty społeczeństwa. Również, dlatego na rynku ważną rolę odgrywają pakiety rodzinne w postaci ubezpieczeń zdrowotnych lub abonamentów. Można także dostrzec korzyści z wykorzystania medycznego rachunku oszczędnościowego przez jednego, wcześniej upoważnionego, członka rodziny w sytuacjach nagłych np. gdy osoba taka musi pilnie skorzystać z pogotowia ratunkowego.

[82] J. C. Maxwell, *Etyka*, Studio Emka, Warszawa 2010, s. 33.

1.3.2. Prywatny system ochrony zdrowia a tzw. *zawodności rynku*

Opisując aspekty funkcjonowania rynkowego systemu ochrony zdrowia, należy odnieść się także do tzw. *zawodności rynku*. Najważniejsze z nich to: problem asymetrii informacji, opieka zdrowotna jako dobro publiczne oraz kwestia możliwości tworzenia się monopoli na rynkach. Owe defekty rynku mają nie pozwalać na efektywne dostarczanie potrzebnych społeczeństwu dóbr i usług medycznych na zasadach rynkowych oraz uzasadniać potrzebną interwencję państwa.

Asymetria informacji

W przypadku tzw. *asymetrii informacji* jako źródła zawodności rynku należy poddać analizie argumenty zawarte pracach Kennetha J. Arrowa [83] oraz Georga Akerlofa [84]. Chociaż powstały one już jakiś czas temu, to nadal stanowią podstawę dla argumentów przeciw rozwiązaniom rynkowym w zakresie ochrony zdrowia. Przykładowo, uważa się, że artykuł Arrowa miał duży wpływ na powstanie tzw. *ekonomii zdrowia* (*health economics*) oraz na rozwój innych obszarów badawczych takich jak teoria wyboru publicznego, socjologia, bankowość czy edukacja. [85] Warto także podkreślić, że w 1963 r. ingerencja państwa w rynkowy system ochrony zdrowia była o wiele mniejsza niż obecnie gdzie dominuje udział płatników trzeciej strony z publicznymi programami jak Medicare czy Medicaid[86] (w przypadku USA), zaś, treści przedstawione przez Arrowa niewątpliwie stanowiły intelektualne argumenty za wprowadzeniem tych programów w 1965 r.

Traktowanie tzw. *asymetrii informacji* jako rzekomej zawodności rynku jest problematyczne z kilku powodów. Po pierwsze, sam fakt posiadania, przez jedną ze stron transakcji (zazwyczaj przez sprzedającego), większej ilości informacji o produkcie

---

[83] K. J. Arrow, *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, „The American Economic Review” 1963, nr 5, s. 941-973.

[84] G. Akerlof, *The market for lemons: qualitative uncertainty and the market mechanism*, „Quarterly Journal of Economics” 1970, nr 84, s. 488-500.

[85] W tym wypadku autorytet czy wpływ Arrowa można porównać np. do autorytetu J. S. Milla, który w XIX wieku argumentował za wprowadzeniem publicznej edukacji, co miało swój skutek w uchwalonym w 1870 r. tzw. Education Act.

[86] W. D. Savedoff, *Kenneth Arrow and the birth of health economics*, „Bulletin of the World Health Organization” 2004, nr 2, s. 1-2.

czy usłudze wcale nie musi oznaczać, że druga strona (kupujący) zostanie oszukana i otrzyma produkt niezgodny z jej oczekiwaniami. Ujmując ten problem inaczej, występowanie *asymetrii informacji* wcale nie musi i zazwyczaj nie ma negatywnych skutków ekonomicznych. Samo określenie *asymetria* ma już w sobie pierwiastek wartościujący oraz pejoratywny wydźwięk. Tymczasem owa dysproporcja w wiedzy jest niczym innym jak inaczej ujętym podziałem wiedzy i pracy w gospodarce umożliwiającym handel i rozwój rynków. *Asymetria informacji* wynika między innymi z tego, że ludzie posiadają różne umiejętności, co skutkuje podziałem pracy oraz stale pogłębiającą się specjalizacją. Również uwarunkowania naturalne, np. występowanie surowców, nie są jednakowe dla całego świata. Ponadto, nawet gdyby można było wyobrazić sobie sytuację, w której ludzie mają jednakowy (w miejscu i czasie) dostęp do informacji, to w żaden sposób nie rozwiązuje to problemu, gdyż mogą oni je różnie interpretować i na tej podstawie podejmować odmienne działania.[87] Ludzie nie funkcjonują na zasadzie z góry ustalonych algorytmów czy kalkulatorów, do których wystarczy wprowadzić takie same dane, aby dały identyczne efekty. Jednakowa informacja nie implikuje jednakowych działań czy efektów.[88]

Po drugie, prawdą jest, że pogłębiająca się wiedza, specjalizacja, powstawanie nowych zawodów prowadzi do coraz większych dysproporcji informacyjnych, ale nie jest to równoznaczne z nieuczciwym traktowaniem klientów. Gdyby założenia o asymetrii informacji sprowadzić do ich logicznych konsekwencji, to producenci takie korzyści osiągaliby jedynie na początku, a następnie rynki doświadczałyby stagnacji. Wady produktów po pewnym czasie wychodziłyby na jaw. Przewaga konkurencyjna musiałaby więc polegać na coraz bardziej wyrafinowanych sposobach zatajania informacji przed naiwnymi i nie wyciągającymi wniosków z wadliwych produktów klientami. Jednak w rzeczywistości fakt, że sprzedający posiada więcej informacji na temat produktu lub usługi niż kupujący stanowi dla niego bardziej pewnego rodzaju

---

[87] T. DiLorenzo, *A note on the canard of "asymmetric information" as a source of market failure*, "Quarterly Journal of Austrian Economics" 2011, nr 2, s. 250-252.

[88] Co więcej, wyeliminowanie *asymetrii informacji* pozbawiłaby człowieka tego co jest jego istotą, czyli *smaku życia*. Posiadanie dokładnie takiego samego stanu wiedzy przez wszystkich uczyniłoby codzienną rzeczywistość całkowicie przewidywalną i monotonną. Jednak F. A. von Hayek i M. Polany wykazali w swoich pracach, że równość wiedzy nie jest możliwa – zarówno fundamentalnie jak i fizycznie. Więcej na ten temat zob. m. in.: F. A. von Hayek, *Wykorzystanie wiedzy w społeczeństwie*, w: F. A. von Hayek, *Indywidualizm a porządek ekonomiczny*, ZNAK, Kraków 1998, s. 89-104; M. Polanyi, *Personal knowledge: towards a post-critical philosophy*, University of Chicago Press, Chicago 1962.

problem, a już na pewno wyzwanie, aby tę lukę jak najlepiej zniwelować. Celem każdej wymiany jest bowiem osiągnięcie przez obydwie strony transakcji zysku, czyli sytuacji, w której korzyści z wymiany przewyższają jej koszty. Ze strony producentów determinuje to działania ukierunkowane na wyeksponowanie korzyści, jakie nabywcom może przynieść zakup danego dobra lub usługi. Aby ten cel osiągnąć muszą oni nie tylko oferować produkt o odpowiedniej jakości i cenie, ale także rozwiać wątpliwości klienta mające swoje źródło w braku interesujących ich informacji, co z kolei zwiększa niepewność. W uwarunkowaniach rynkowych za jedno ze źródeł przewagi konkurencyjnej można uznać odpowiednie relacje z klientem takie jak przekazywanie informacji odnośnie użyteczności użytkowania produktu czy obsługę po-sprzedażową. Jeśli producent może dzięki temu zyskać przewagę konkurencyjną, to tym łatwiejsze będzie to w sytuacji, gdy produkty konkurentów posiadają wady, które ci starają się ukryć przed klientami.

Po trzecie, ekonomiści opisujący rzekomą zawodność rynku w postaci asymetrii informacji zdają się nie poświęcać dostatecznej uwagi na to, w jaki sposób rynki ową asymetrię niwelują. Przykładowo, Akerlof twierdzi, że na rynku używanych samochodów zaczęliby dominować producenci oferujący niskiej jakości samochody (tzw. cytryny), gdyż posiadaliby oni więcej informacji na temat sprzedawanego towaru. Nie dostrzegł on jednak, że już w momencie publikacji jego pracy, na rynku samochodów używanych funkcjonowały 30-sto dniowe gwarancje.[89] Kontynuując ten tok rozumowania, taki rynek powinien ulec zapaści, a tym czasem nic takiego nie miało i nie ma miejsca. Można także zastanowić się, dlaczego do podobnych praktyk nieuczciwych sprzedawców ma dochodzić jedynie na rynku wtórnym? Producenci samochodów także posiadają przewagę informacyjną, a jednak jakość ich produktów oraz stan rynku nie potwierdzają rokowań Akerlofa. Zarówno na rynku pierwotnym jak i wtórnym występuje konkurencja, ubezpieczenia, gwarancje, liczne instytucje doradcze czy zasoby wiedzy w postaci portali internetowych oceniających zarówno sprzedających, jak i kupujących. Jak wskazuje Gilbert Berdine:

Rozwiązanie rynkowe dla asymetrii informacji to rynek asymetrii informacji. Eksperci sprzedają

[89] T. DiLorenzo, *A note on the canard of "asymmetric information" as a source of market failure*, "Quarterly Journal of Austrian Economics" 2011, nr 2, s. 253.

porady. Porada zmieniająca decyzję zakupu czegoś bardzo kosztownego jest bardzo cenna. Rynek rozwiązuje problem asymetrii informacyjnej sprzedając poradę za znacznie niższą cenę niż cena decyzji, którą należy podjąć.[90]

Wszystkie te rozwiązania ukierunkowane są na zaspokajanie potrzeb klientów, w tym ich popyt na informacje. Zarówno sprzedający jak i kupujący nie są wszechwiedzący i mogą popełniać błędy, ale jedną z zalet rozwiązań rynkowych jest ich szybkie ujawnianie poprzez mechanizm zysków i strat.

Jako inny przykład zawodności rynku spowodowany asymetrią informacji wskazuje się rynek ubezpieczeń zdrowotnych. Osoba wnioskująca o objęcie jej ubezpieczeniem dobrze zna swój stan zdrowia i jest w stanie lepiej ocenić ryzyko zachorowania niż ubezpieczyciel. Ponadto może ona celowo nie ujawnić w ankiecie medycznej kluczowych, z perspektywy oceny ryzyka ubezpieczeniowego informacji, aby uzyskać niższą składkę lub w ogóle zostać objęta danym programem ubezpieczeniowym. Sytuacja taka powoduje, że przystąpieniem do ubezpieczenia zainteresowane są przede wszystkim osoby o wyższym ryzyku zdrowotnym niż osoby o niższym ryzyku. Zjawisko to nazywane jest antyselekcją. Jeśli takie osoby zostaną ubezpieczone (np. na warunkach standardowych zamiast substandardowych) koszty przewyższą przychody i w celu pokrycia tej dysproporcji potrzebna będzie podwyżka składek. Doprowadzi to do odejścia części ubezpieczonych o niższym ryzyku zdrowotnym i dojdzie do kolejnej podwyżki. Proces ten określa się mianem *spirali śmierci*[91] lub *spirali przystępności*.[92] Interesujące jest również to, że w tym przypadku to ubezpieczony (kupujący) posiada przewagę nad ubezpieczycielem (sprzedającym), a nie odwrotnie.

Jednak takie przedstawienie przypadku oznaczałoby, że towarzystwa ubezpieczeniowe nie potrafią trafnie oceniać ryzyka ubezpieczeniowego, co *de facto* jest rdzeniem ich działalności. Jeśli towarzystwa ubezpieczeniowe nie potrafią dokonać odpowiedniej selekcji i klasyfikacji ubezpieczonych, to ponoszą straty i ustępują miejsca konkurentom. Ponadto byłoby wyjątkowo naiwnym twierdzić, że instytucje te są zdane

[90] G. Berdine, *Uncertainty and the welfare economics of medical care: an Austrian rebuttal: Part 2*, „The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles" 2017, nr 17, s. 66.

[91] S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 187.

[92] W Stanach Zjednoczonych zdecydowanie częściej używa się publicystycznego określenia: *spirala śmierci* (*death spiral*). Szerzej zjawisko to zostanie opisane w rozdziale 4.

tylko i wyłącznie na łaskę etycznego zachowania ubezpieczonych. W istocie ubezpieczyciele stworzyli szereg rozwiązań w celu odpowiedniej oceny oraz weryfikacji ryzyka ubezpieczeniowego. Zaliczyć do nich można między innymi: ankiety i badania medyczne, dostęp do informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego z różnych źródeł przed zawarciem ubezpieczenia, wykluczenia i ograniczenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej, karencje czy zawieranie umów na czas określony. Stosowanie powyższych narzędzi wraz z rozwojem matematyki ubezpieczeniowej doprowadziło do rozwoju rynku ubezpieczeń zdrowotnych, a nie jego stagnacji. Wiele chorób wcześniej nieubezpieczalnych czy nieznanych dzisiaj znajduje się w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych. Prawdą jest, że towarzystwa ubezpieczeniowe zmagają się z nieuczciwością czy pokusą nadużycia ze strony ubezpieczonych, ale nie są to problemy zwiastujące zapaść tego rynku. Ubezpieczycielom należy pozostawić swobodę działania.

Co ciekawe, Arrow uważa, że brak, w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, wielu ryzyk oraz usług opieki medycznej świadczy o zawodności rynku i jeśli rynek nie może zapewnić ubezpieczenia zdrowotnego całemu społeczeństwu wówczas powinno zrobić to państwo.[93] Pogląd ten należy poddać krytyce z dwóch powodów. Po pierwsze, co już zostało wcześniej nadmienione, rynek ubezpieczeń zdrowotnych stale się rozwija i od 1963 r. łatwo jest dostrzec jego progres, który jest możliwy między innymi dzięki rozwojowi medycyny oraz procesom konkurencji. Po drugie, można zgodzić się ze stwierdzeniem, że nie da się *wszystkich ubezpieczyć od wszystkiego*, ale nie jest to dowód na zawodność rynku ubezpieczeń. Dla Arrowa brak możliwości objęcia ubezpieczeniem jest utożsamiany z zawodnością rynku w ogóle. Ponownie należy zatem podkreślić, że ubezpieczenie jest jedną z form finansowania dostępu do usług medycznych, a podstawę stanowią płatności bezpośrednie tak jak ma to miejsce na wielu innych rynkach: spożywczym, transportowym, komputerowym itd. Instytucja ubezpieczenia pozwala na uwolnienie się od części znacznych wydatków zdrowotnych, ale nie gwarantuje wcale nieograniczonych możliwości ich finansowania. Nie wszystkie zdarzenia są ubezpieczalne lub ubezpieczane. Brak możliwości przeprowadzenia kalkulacji ekonomicznej opartej o rachunek prawdopodobieństwa wcale nie musi być postrzegany za wadę rynku – jeśli nie można w racjonalny sposób ustalić składki (ceny

[93] G. Berdine, *Uncertainty and the welfare economics of medical care: an Austrian rebuttal: Part 1*, „The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles" 2016, nr 16, s. 60.

ubezpieczenia), to nie ma podstaw do ekonomicznego wykorzystania rzadkich zasobów w gospodarce. Dlatego tak duże znaczenie mają płatności bezpośrednie (oraz inne formy finansowania), gdyż dzięki nim w łatwy sposób społeczeństwo otrzymuje informację o dostępności rzadkich dóbr i usług poprzez strukturę cen.

Dobra publiczne

Argumenty za występowaniem asymetrii informacji prowadzą zwolenników publicznej opieki zdrowotnej do wniosków, że jest ona dobrem szczególnym, odmiennym od pozostałych dóbr i usług dostarczanych w warunkach rynkowych. Z jednej strony istnieje zagrożenie, że konsument (pacjent) nie będzie potrafił odpowiednio ocenić jakości dóbr i usług, a sprzedawcy będą tę sytuację wykorzystywać w celu zwiększenia swoich zysków. Z drugiej strony, brak odpowiedniej wiedzy może się obrócić przeciw niemu i może on także podejść lekceważąco np. do zakupu ubezpieczenia czy zapłacenia za badanie mogącego wykryć u niego poważną chorobę. Dlatego jedynym wyjściem z tej patowej sytuacji jest interwencja państwa, która zastąpi wadliwe rozwiązania rynkowe. Środkiem do tego celu ma być stworzenie jednego (lub więcej) publicznego programu zdrowotnego. Może on być określony mianem publicznej opieki zdrowotnej lub inaczej jednak zasady jego funkcjonowania oraz finansowania zostają z góry określone przez państwo. Można wówczas stwierdzić, że szereg heterogenicznych dóbr i usług medycznych (zdrowotnych) o odpowiedniej strukturze cenowej zostaje zastąpiony przez publiczną opiekę zdrowotną i traktowany jest jako tzw. *dobro publiczne*.

W niniejszym opracowaniu przyjęta została, mniej techniczna (i rygorystyczna) oraz wcześniej występująca od samuelsonowskiej, definicja dobra publicznego jako dobra produkowanego przez państwo (rząd) oraz ogólnie dostępnego w celu dawania korzyści jego obywatelom. Bardziej techniczna definicja Paula A. Samuelsona traktuje dobro publiczne jako dobro, które raz wyprodukowane dla niektórych konsumentów może być konsumowane przez innych bez dodatkowych, krańcowych kosztów takiej konsumpcji (tzw. nierywalizacyjność w konsumpcji).[94] Powoływanie się na bardziej

[94] R. Holcombe, *A Theory of the theory of public goods*, „Review of Austrian Economics” 1997, nr 1, s. 2-3; Z czasem do nierywalizacyjności, jako cechy charakterystycznej dobra publicznego, zostana dodana

ogólną definicję można uzasadnić faktem, że proces tworzenia przez państwa publicznych systemów opieki zdrowotnej czy systemów opieki społecznej miał miejsce już od końca XIX w. (Niemcy), czyli przed ukazaniem się artykułu Samuelsona w 1954 r.[95] Również wcześniej, bo podczas II wojny światowej, Wielka Brytania, na podstawie raportu Beveridge'a stworzyła publiczny system opieki zdrowotnej. Chociaż publiczne systemy ochrony zdrowia upowszechniły się po II Wojnie Światowej, to do 1949 r. funkcjonowały one już w 36 krajach.[96] Co więcej, Samuelson jako klasyczne przykłady dóbr publicznych podawał obronę narodową czy latarnie morskie. Z punktu widzenia szkoły austriackiej można zgodzić się co do występowania dóbr o cechach wskazanych przez Samuelsona,[97] jednak fakt ten nie uniemożliwia wcale ich dostarczania na zasadach rynkowych.[98]

Przykładowo, korzystanie z prywatnych konsultacji lekarskich oraz badań dostarcza informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz pozwala na wcześniejsze wykrycie choroby. Spada więc ryzyko zarażenia nią innych. Ponadto osoba taka, np. dyrektor przedsiębiorstwa, może w ogóle nie zachorować lub doświadczyć lżejszych jej objawów i szybciej wrócić do pracy, co wiąże się z lepszym jego funkcjonowaniem. Obecność dyrektora sprawia, że istotne decyzje dalej mogą być na bieżąco podejmowane. Przedsiębiorstwo nie doświadcza przestojów skutkujących opóźnieniem dostaw. Podobne korzyści zewnętrzne są udziałem towarzystw ubezpieczeniowych, sieci medycznych czy instytucji charytatywnych i chociaż mogą się one między sobą różnić, to w żaden sposób nie neguje to faktu ich generowania przez instytucje prywatne.[99]

Potrzeba zapewnienia społeczeństwu powszechnego systemu opieki zdrowotnej może być także argumentowana kryteriami sprawiedliwości czy dochodowymi. Zamożniejsza czy mniej potrzebująca część społeczeństwa powinna wspierać tę bardziej potrzebującą. Ludzie powinni mieć gwarancję, że w przypadku choroby bądź wypadku

---

także niezastrzegalność.

[95] P. A. Samuelson, *The Pure Theory of Public Expenditure*, „Review of Economics and Statistics" 1954, nr. 4, s. 387-389.

[96] J. Monkiewicz, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Unii Europejskiej*, w: J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w Unii Europejskiej*, Poltext, Warszawa 2002, s. 388.

[97] Można je określić mianem dóbr publicznych lub jakkolwiek inaczej.

[98] S. Kwiatkowski, *Teoria dóbr publicznych i rynkowe mechanizmy ich produkcji*, w: M. Machaj (red.), *Pod prąd głównego nurtu ekonomii*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2010, s. 110.

[99] Więcej na ten temat zob. także: W. Block, *Public Goods and Externalities: The Case of Roads*, „The Journal of Libertarian Studies" 1983, nr 1, s. 1-34.

nie zostaną pozbawieni wsparcia. Panuje przekonanie, że państwo, poprzez swoją aktywność w obszarze opieki zdrowotnej, zapewnia społeczeństwu tzw. *prawo do opieki zdrowotnej*. Jednak obecne znaczenie tego terminu ma silnie interwencjonistyczną wymowę.

W warunkach dobrowolnych relacji zachodzących na rynku sformułowanie: *posiadać prawo do czegoś* oznacza sytuację, w której jednostka posiada wybór, którego nikt nie może (nie ma prawa) narzucać jej siłą, a także ona sama nie może jej wykorzystywać w celu osiągania swoich celów kosztem innych członków społeczeństwa. Dla przykładu, prawo do posiadania domu czy mieszkania oznacza, że człowiek może wybrać dowolną ofertę spośród dostępnych na rynku, kierując się własnymi potrzebami i możliwościami finansowymi. Ma prawo do decydowania, w jaki sposób będzie zaspokajał swoje potrzeby mieszkaniowe. Nie jest skazany na łaskę sprzedawców, gdyż sam jest również sprzedawcą w innej branży np. samochodowej, gdzie ogólne zasady odniesienia sukcesu są takie same – zadowolenie klienta. Prawo do domu czy mieszkania takiej osoby będzie ograniczanie np. wtedy, gdy wejdą w życie restrykcyjne przepisy budowlane ograniczające podaż domów i mieszkań czy uchwalone zostaną wyższe podatki w celu sfinansowania działań wojennych. Zasada ta jest taka sama dla opieki zdrowotnej. Prawo do opieki zdrowotnej oznacza, że człowiek ma wybór pomiędzy różnymi, konkurującymi między sobą, dostawcami oferującymi potrzebne mu dobra i usługi medyczne. Jego prawo *materializuje* się zarówno w momencie zawierania takich transakcji, jak i wstrzymywania się od nich. Ceny określonych dóbr i usług, które są dla takiej osoby zbyt wysokie nie pozbawiają go prawa do nich, a jedynie świadczą o małej ich dostępności i jednocześnie stanowią zachętę dla pozostałych przedsiębiorców do produkcji tańszych, ale odpowiednio jakościowych produktów. Jako przykłady ograniczania tego prawa można wskazać np. regulacje ograniczające podaż lekarzy, sprzętu medycznego czy leków przez co konsument ma mniejsze pole wyboru. Współczesne prawo do opieki zdrowotnej oznacza przyzwolenie na zmuszanie większej części społeczeństwa do jej dostarczania pozostałym,[100] a wszelkie plany ograniczania państwowego interwencjonizmu w tym obszarze traktowane są jako próby ograniczania lub odbierania społeczeństwu wcześniej nabytych przez niego przywilejów lub *prawa*

[100] Więcej na ten temat zob. G. Riesman, *The real right to medical care versus socialized medicine*, The Jefferson School of Philosophy, Economics & Psychology, USA 1994.

do opieki zdrowotnej.

Współczesne prawo do opieki zdrowotnej nie może gwarantować nieograniczonego dostępu do usług medycznych, gdyż środki służące realizacji tego prawa mają charakter ekonomiczny, to znaczy są ograniczone. Zestawiając te ograniczenia z brakiem rynkowych bodźców do ustalenia odpowiednich relacji popytowo-podażowych każdy (lub pewna część społeczeństwa) będzie się starał realizować swoje *prawa* w świecie ograniczonych zasobów, nie zdając sobie z tego do końca sprawy. Jednak brak odpowiedniej struktury cenowej połączony ze stale rosnącym popytem, mającym swoje źródło w *prawie do opieki zdrowotnej*, będzie jedną z głównych przyczyn niemożności realizacji tego celu. W rosnącym popycie na finansowanie usług medycznych przez państwo swoje korzyści będą odnosić także dostawcy tych usług, gdyż mogą w ten sposób zagwarantować sobie stały (nierynkowy) popyt na ich usługi oraz ograniczyć konkurencję poprzez gęstą sieć regulacji, wymogów czy licencji. W takich uwarunkowaniach stale rosnące koszty muszą w końcu prowadzić do ograniczeń w dostępie do opieki zdrowotnej. Społeczeństwo zauważy wzrost składek i/lub podatków, a w efekcie wydatków, co jest immanentną cechą publicznych systemów opieki zdrowotnej. Jeśli społeczeństwo zaakceptuje ponoszenie wyższych kosztów, nie będzie można udawać, że prawo do opieki zdrowotnej nie generuje kosztów – to znaczy stale rosnący popyt ma swoje konsekwencje ekonomiczne. Będzie to stanowiło nierynkowy sygnał o ograniczoności zasobów. Alternatywą jest wprowadzenie mniejszych lub większych ograniczeń w dostępie do opieki zdrowotnej, które mogą przybierać różne formy i nazwy: kontrolę kosztów (budżetu), pojawienie się kolejek do lekarzy czy wydłużanie się terminów oczekiwania na wizytę do lekarza lub na operację. Te różne formy reglamentacji również świadczą o ograniczoności zasobów. Ważne jest jednak to, że w zasadzie ich wprowadzanie zaprzecza fundamentalnemu założeniu o nieograniczonym prawie (i dostępie) do opieki zdrowotnej – ponieważ ogranicza dostęp do czegoś, co z założenia, powinno być nieograniczone.[101]

Powyższe argumenty wskazują także na to, że uwzględniając samuelsonowską definicję dóbr publicznych, krańcowe (dodatkowe) koszty tak naprawdę są generowane przez systemy publiczne i obejmują one także tych konsumentów, którzy

[101] G. Berdine, *Uncertainty and the welfare economics of medical care: an Austrian rebuttal-part 3*, „The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles" 2017, nr 19, s. 25-26.

z teoretycznego założenia mieli ich w ogóle nie ponosić. Jest to widoczne także w praktyce, gdyż składki opłacane przez zdrowszych i/lub aktywnych zawodowo ubezpieczonych nie są w stanie w odpowiedni sposób zapewnić dostępu do świadczeń medycznych wszystkim beneficjentom – stąd wzrost wysokości składek czy reglamentacja usług obejmująca wszystkich ubezpieczonych. Tak jest np. w Polsce, gdzie osoby będące w wieku emerytalnym, w ekonomicznym sensie, nie ponoszą żadnych finansowych kosztów ubezpieczenia zdrowotnego. Ponoszą oni jednak inne koszty np. w postaci wydłużających się kolejek do lekarza, spadku jakości usług itp. Ta reglamentacja jest więc inną formą lub reakcją na pojawienie się rywalizacyjności w konsumpcji tych usług, czyli zjawiska, które definicja i istota dóbr publicznych sformułowanych przez Samuelsona miała wykluczać.[102]

Co więcej, nawet jeśli na początkowym *etapie* korzyści odnosi część ubezpieczonych – np. osoby subsydiowane – to odbywa się to kosztem grup o niższym ryzyku zdrowotnym, które w celu uniknięcia kolejek mogą zdecydować się np. na zakup dodatkowego ubezpieczenia prywatnego itd.

W dyskusji nad funkcjonowaniem współczesnych systemów ochrony zdrowia wciąż zbyt mało uwagi poświęca się możliwym alternatywom rynkowym. Obecny kształt stale rozbudowywanych systemów publicznych, różne formy reglamentacji czy stale rosnące koszty dobrze oddają konsekwencje odejścia od racjonalnych rozwiązań rynkowych. Rynkowy system ochrony zdrowia nie jest w stanie, za pomocą magicznej różdżki, przemienić ograniczonych zasobów w nieograniczone, ale dzięki ludzkiej kreatywności i procesom konkurencji jest w stanie zwiększać ilość i jakość potrzebnych dóbr i usług.

Monopole

Chociaż, główne argumenty przeciw rozwiązaniom rynkowym koncentrują się przede wszystkim na problemie asymetrii informacji czy postrzeganiu opieki zdrowotnej jako dobra publicznego, to można dodać do nich jeszcze kwestie tworzenia się monopoli na nieskrępowanych rynkach. Samo pojęcie monopolu nie jest jednak dokładne

[102] Więcej na temat austriackiej krytyki teorii dóbr publicznych zob. J. B. Wiśniewski, *The Economics of Law, Order, and Action: The Logic of Public Goods*, Routledge, Londyn, Nowy Jork 2018.

i również pomiędzy ekonomistami szkoły austriackiej występują w tej kwestii pewne różnice. [103] W niniejszym opracowaniu przyjęta została definicja Rothbarda wskazującego (i odpowiednio to uzasadniającego), że:

monopol jest nadaniem szczególnego przywileju przez państwo, zastrzegającego pewien obszar produkcji dla konkretnej osoby albo grupy.[104]

Definicja ta jest zatem ściśle związana z interwencjonizmem. Inne definicje monopolu (lub monopolisty) jako *jedynego sprzedawcy danego dobra* czy *osoby, która uzyskała cenę monopolową*, zostały poddane przez Rothbarda rzetelnej krytyce.[105]

W tym znaczeniu, na nieskrępowanym rynku nie powstają monopole, ale odpowiednio funkcjonujące struktury rynkowe czy podmioty lepiej zaspokajające potrzeby konsumentów od konkurencji. Ich dominującą pozycję czy też *monopol* zawdzięczają one jedynie lepszemu przewidywaniu przyszłych stanów rynku. Konsument dokonujący wyboru nie kieruje się sentymentem i jeśli na rynku pojawia się nowy produkt lepiej zaspokajający jego potrzeby, wówczas *zasługi* dawnych producentów nie mają żadnego znaczenia. Jeśli dany producent wciąż cieszy się zaufaniem klientów, a swoją pozycję na rynku osiągnął dzięki dobrowolnym wymianom, nie ma żadnego zagrożenia monopolem. Każda cena rynkowa jest sprawiedliwa w tym sensie, że ustalana jest na podstawie suwerennych decyzji kupujących i sprzedających. Żądanie interwencji państwa, w celu rozbicia takiego *monopolu* byłoby wysoce nieekonomiczne, gdyż część kapitału trafiłaby do podmiotów nie potrafiących tak dobrze zaspokajać potrzeb konsumentów, co zaowocowałoby ponoszeniem przez nich strat oraz marnotrawieniem kapitału.

Cel istnienia rynku nie polega funkcjonowaniu niezliczonej ilości *małych*

---

[103] Więcej na ten temat zob. D. Armentano, *A Critique of Neoclassical and Austrian Monopoly Theory*, 26.04.2005, https://mises.org/library/critique-neoclassical-and-austrian-monopoly-theory (dostęp: 24.08.2018).

[104] M. N. Rothbard, *Ekonomia wolnego rynku*, Instytut Ludwiga von Misesa, Fijorr Publishing, Warszawa 2017, s. 532.

[105] W niniejszym opracowaniu, ze względu na ograniczoną treść, zostaną przedstawione tylko niektóre (ogólne) argumenty przeciw twierdzeniom sugerującym powstawanie monopoli na nieskrępowanych rynkach. W celu uzyskania większej ilości informacji zob. M. N. Rothbard, *Ekonomia wolnego rynku*, Instytut Ludwiga von Misesa, Fijorr Publishing, Warszawa 2017, s. 527-558.

podmiotów.[106] Rynek nie chroni *dużych* przedsiębiorstw ani nie wywyższa *małych*. Wszyscy podlegają takim samym zasadom – w tym sensie mają równe szanse.

Za nieprawdziwe należy również uznać także argumenty, że przedstawiciele branży medycznej np. lekarze mogą uzyskiwać bardzo *wysokie* ceny lub *ceny monopolowe*, żądając od chorujących pacjentów niebotycznych kwot za leczenie. Zarobek lekarza czy jakiegokolwiek innego przedstawiciela branży medycznej czy zdrowotnej zależy od jakości jego pracy (zadowolenia klienta) oraz od konkurencji. Dobrze przedstawił to Mises:

> *W systemie niezakłóconej gospodarki rynkowej źródłem zysku nie jest ruina czy nieszczęście bliźniego, lecz zmniejszenie lub wyeliminowanie przyczyn, które sprawiają, że bliźni ów odczuwa dyskomfort. Przyczyną cierpień chorego jest choroba zakaźna, a nie lekarz, który walczy z jej skutkami. Lekarz nie czerpie zysków z epidemii, lecz otrzymuje zapłatę za pomoc, której udziela zarażonym*.[107]

Co więcej, zupełnie bliżej do pozycji monopolisty jest publicznym systemom opieki zdrowotnej i prywatnym podmiotom z nimi współpracujących. Konsument nie ma w takim przypadku możliwości wyboru dostawcy. Regulacje obejmujące producentów leków, sprzętu medycznego czy zawody medyczne są ponad *władzą* konsumenta, chociaż z założenia wprowadzane są w jego interesie.

W omawianym kontekście warto jeszcze zwrócić uwagę na kwestię tzw. *monopolu naturalnego*, który miał oznaczać sytuację, w której m. in. ze względu na znaczną czy masową skalę produkcji dany producent mógł osiągnąć jednostkowe koszty całkowite niższe niż miałoby to miejsce, gdyby na rynku funkcjonowało dwóch lub więcej konkurentów. Pojedynczy podmiot miał być zatem bardziej efektywny, co jednocześnie miało służyć jako uzasadnienie przyznania mu specjalnych przywilejów przez państwo. W tym wypadku istnienie większej ilości podmiotów byłoby nieefektywne i paradoksalnie, prowadziłoby do wyższych cen. W historii USA (na przełomie XIX i XX w.) uznanie danego przedsiębiorstwa za tzw. *naturalnego*

---

[106] Tak jak zakłada teoria konkurencji doskonałej. Więcej na temat jej krytyki w ujęciu szkoły austriackiej zob. A. Kuropatwa, *Problemy neoklasycznej teorii konkurencji,* w: M. Machaj (red.), *Pod prąd głównego nurtu ekonomii*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2010, s. 31-46.

[107] L. von Mises, *Ludzkie działanie. Traktat o ekonomii*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 564.

monopolistę postrzegano także jako sposób do nierynkowego ograniczania konkurencji.[108]

Ekonomiści szkoły austriackiej wskazują, że procesy konkurencji mają charakter dynamiczny co może prowadzić zarówno do istnienia wielu konkurentów na danym rynku jak i kilku lub nawet jednego podmiotu. Jednak nawet ta ostatnia sytuacja nie świadczy o zawodności rynku. Taki przedsiębiorca mógł uzyskać swoją pozycję, w danym momencie, poprzez np. osiągnięcie najniższych kosztów, sprawne zarządzanie i lepsze przewidywanie potrzeb konsumentów. Jednak sukces *jedynego* producenta przyciąga uwagę potencjalnej konkurencji, która szybko może stać się konkurencją realną.[109] Nawet jeśli do tego by nie doszło, to aktualny lider rynku musi nieustannie rozwijać swoją działalność, jeśli z czasem nie chce wypaść z rynku lub znacząco utracić swojej pozycji – nie musi to być nawet efektem istnienia wielu konkurentów, ale możliwością ich pojawienia się. Dlatego brak rządowych regulacji ograniczających te procesy jest tak ważny.

Także fuzje, przejęcia czy powstawanie trustów nie są zagrożeniem dla wolnej konkurencji i konsumentów. Wręcz przeciwnie, świadczą one o wysokiej akumulacji kapitału i sprawnym zarządzaniu prowadzącym do obniżania cen. Procesy te nie eliminują także mniejszych podmiotów, ale włączają je we własne struktury jednocześnie zwiększając ich efektywność. Przykładowo amerykańskie trusty z końca XIX w., dzięki skali swojej działalności, były w stanie szybciej zwiększać produkcję oraz obniżać ceny niż pozostała część gospodarki.[110]

Jako dobry przykład może posłużyć tutaj Standard Oil stworzone i rozwijanie przez J. D. Rockefellera. W 1899 r. Standard Oil odpowiadał za rafinację 90% ropy w USA. Nie miało to jednak żadnego przełożenia na wyższe ceny ropy w związku z wykorzystywaniem pozycji *monopolistycznej* przez przedsiębiorstwo. Wręcz przeciwnie, zarówno koszty rafinacji jak i ceny detaliczne ropy systematycznie spadały. Te drugie w 1897 r. spadły do najniższych poziomów w historii – do 5,91 centa za baryłkę

[108] T. DiLorenzo, *The Myth of Natural Monopoly*, „The Review of Austrian Economics" 1996, nr 2, s. 43.

[109] Ibidem, s. 44.

[110] Więcej na ten temat zob. T. DiLorenzo, *The Origins of Antitrust: An Interest-Group Perspective*, „International Review of Law and Economics" 1985, nr 1, s. 73–90.

– i to w okresie, kiedy Standard Oil posiadało największy udział w rynku.[111]

Wiele osób uważało, że tak znaczące rozmiary oraz udział w rynku doprowadzi do ustalania cen monopolowych. Jednak jak wskazuje Lawrence W. Reed:

Zarzut, wg którego skala operacji Standard Oil umożliwiała mu zawyżanie cen implikuje, że rozmiar firmy sam z siebie uodparnia ją na konkurencję ze strony rywali i niezależność konsumentów.

Jako „monopol rynkowy" Standard Oil nie mógł zabraniać innym konkurować z nim pod groźbą użycia przymusu. Konkurenci ani na moment nie ustawali w staraniach o przejęcie części rynku i po roku 1899 się i to udało. W miarę jak gospodarka odchodziła od nafty na rzecz elektryczności, od koni na rzecz samochodów oraz od produkcji ropy na Wschodzie na rzecz Stanów położonych w Zatoce Meksykańskiej, Rockefeller stopniowo przegrywał młodszymi, bardziej agresywnymi konkurentami.

Standard Oil nie był też zdolny zmuszać konsumentów do nabywania jego produktów. Firma osiągała to poprzez oferowanie wysokiej jakości w niskiej cenie.[112]

Świadczy to o zarówno braku ustalania tzw. *cen monopolowych* przez podmioty posiadające największe udziały w rynku jak również o tym, że potencjalne uznanie Standard Oil jako *monopolu naturalnego* ograniczyłoby dynamiczne procesy konkurencji, które z czasem doprowadziły do spadku jego udziałów rynku, ale dalej należycie zaspokajały potrzeby konsumentów.

[111] L. W. Reed, *Mit nr 41. Przypadek koncernu Standard Oil Rockefellera dowiódł, że tylko państwo może przeciwstawić się monopolom*, w: L. W. Reed (red.), *52 mity o kapitalizmie*, Fijorr Publishing, Wroclaw 2016, s. 245, 249.

[112] Ibidem, s. 255.

1.4. Interwencjonizm w systemie ochrony zdrowia

1.4.1. Definicja i istota interwencjonizmu

Problematyka interwencjonizmu była stopniowo rozwijana przez kolejnych przedstawicieli szkoły austriackiej od pojedynczych interwencji do spójnej, ogólnej teorii. Pierwszym ekonomistą, który użył tego terminu w sensie ekonomicznym był Mises.[113] Kolejne interwencje, zachodzące w gospodarce rynkowej na przestrzeni lat (w tym w systemie ochrony zdrowia), wymagały odpowiedniej analizy, co wpływało również na rozwój teorii.[114] Ważny wkład w tym względzie należy również przypisać Rothbardowi, który między innymi, dokonał odpowiedniej klasyfikacji poszczególnych interwencji.[115] Dla Rothbarda interwencja stanowi:

Wprowadzenie agresywnej siły fizycznej do społeczeństwa; oznacza to zastąpienie dobrowolnych działań przymusem.[116]

Definicja ta jest bardzo szeroka i ma charakter prakseologiczny. Z tej perspektywy nie jest istotne, kto dokonuje interwencji: pojedynczy bandyta, mafia czy państwo. Fakt, że ekonomiczna analiza interwencjonizmu dotyczy głównie działań państwa wynika z tego, że instytucja ta ma monopol na użycie siły (bądź groźby jej użycia) w dobrowolnych relacjach rynkowych. Instytucja państwa nie jest dla ekonomisty przedmiotem ideologicznego ataku, lecz stanowi przedmiot badań tak samo jak miało to miejsce w przypadku gospodarki rynkowej czy socjalizmu. Ekonomia jako nauka dąży do jak najlepszego zrozumienia skutków podejmowanych działań w różnych systemach gospodarczych, a to oznacza, że założenia musi być obiektywna, jeśli ma dobrze spełniać swoją funkcję.

---

[113] J. Huerta De Soto, *Sprawiedliwość a efektywność*, Fijorr Publishing, Warszawa 2010, s. 156.

[114] Więcej na temat rozwoju teorii interwencjonizmu u Misesa zob. D. C. Lavoie, *The Development of the Misesian Theory of Interventionism*, w: I. Kirzner (red.), *Method, Process and the Austrian Economics Essays in Honor of Ludwig von Mises*, Lexington Books, D.C. Heath and Company, Lexington 1982, s. 169-183.

[115] Można doszukiwać się pewnych różnic pomiędzy definicjami interwencjonizmu u Misesa i Rothbarda, ale nie mają one istotnego znaczenia dla omawianej w niniejszej pracy problematyki.

[116] M. N. Rothbard, *Ekonomia wolnego rynku*, Instytut Ludwiga von Misesa, Fijorr Publishing, Warszawa 2017, s. 692.

Z zasady interwencjonizm dopuszcza istnienie gospodarki rynkowej, po to by kontrolować jej określone sfery. Środki interwencjonistyczne, stosowane np. przez ugrupowania polityczne czy osoby podejmujące w państwie kluczowe decyzje mogą przybierać bardzo różne formy, które można zakwalifikować ostatecznie do trzech rodzajów interwencji: autystycznej, dwustronnej oraz trójstronnej. Pierwszy rodzaj interwencji oznacza wymuszenie przez podmiot interweniujący [117] (np. państwo) na jednostce lub grupie jednostek określonego zachowania dotyczącego tej jednostki (grupy) lub jej majątku w momencie, kiedy nie jest dokonywana wymiana z innymi uczestnikami rynku. Jako przykłady takiej interwencji można wskazać np. zabójstwo, zakaz wypowiedzi czy praktyk religijnych. Co ważne, ten rodzaj interwencji nie prowadzi do wymuszonego transferu dóbr lub usług do podmiotu dokonującego interwencji. Drugi rodzaj, interwencja dwustronna, polega już na wymuszeniu takiego transferu. Jednostka musi oddać część swoich dóbr lub usług, pod groźbą użycia siły przez interweniującego. Przykładami tego rodzaju interwencji mogą być np. podatki, pobór do wojska czy niewolnictwo. Z kolei, interwencja trójstronna, ma miejsce wówczas, gdy interwenient wymusza wymianę (lub jej zakazuje) pomiędzy dwiema stronami transakcji, ale sam w niej nie uczestniczy – sprowadza się do roli pewnego rodzaju *pośrednika* wpływającego na warunki wymiany. Jako przykłady można wskazać kontrolę cen (np. ustanowienie ceny maksymalnej lub minimalnej) czy licencjonowanie zawodu. Wspólną cechą tych interwencji jest istnienie relacji hegemonicznej pomiędzy podmiotem dokonującym interwencji a jednostkami, których one dotyczą. Podmiot interweniujący zawsze odnosi korzyść kosztem jednostek, jedynie w trzecim przypadku możliwe jest osiągniecie korzyści przez jedną ze stron transakcji np. na skutek ograniczenia konkurencji przez państwowe regulacje – wówczas szkodę odniosą konsumenci oraz podmioty chcące wejść na dany rynek.[118]

Ekonomia nie zakłada istnienia, działalności czy funkcji państwa, które byłyby wyłączone z tych rozważań. Dlatego, zasadność określonych działań podejmowanych przez państwo powinna wynikać także z przesłanek ekonomicznych. Jak ujął to Mises:

---

[117] Inne stosowane przez Rothbarda nazwy to: interwenient, napastnik lub agresor.

[118] M. N. Rothbard, *Ekonomia wolnego rynku*, Instytut Ludwiga von Misesa, Fijorr Publishing, Warszawa 2017, s. 692-693.

Problem interwencjonizmu nie polega na trudności wyznaczenia „naturalnych", „sprawiedliwych" czy „właściwych" zadań państwa i rządu. Problem ten sprowadza się do pytania o to, jak funkcjonuje system interwencjonizmu. Czy umożliwia on osiągnięcie tych celów, które wytyczyli sobie jego zwolennicy?[119]

Dotyczy to każdego aspektu działalności państwa: budowy dróg, obrony narodowej, systemów emerytalnych czy opieki zdrowotnej. Nie do zaakceptowania, z punktu widzenia ekonomii, jest stwierdzenie, że daną aktywność państwa w gospodarce powinno się wyłączyć z analizy ekonomicznej, gdyż *powszechnie* nie jest ona uznawana za domenę rynku i prawa rynku (i ekonomii) nie mają tutaj zastosowania.

Poszczególne interwencje są środkami podjętymi do osiągnięcia zamierzonych celów. Jednak te środki czy plany ich wykorzystania mogą (i zazwyczaj tak jest) znacznie się od siebie różnić. O ile cel pozostaje w zasadzie ten sam, chęć poprawy dobrobytu społeczeństwa czy kraju, to warianty jego realizacji pozostają już zgoła odmienne. Podstawą dla politycznej walki pomiędzy poszczególnymi ugrupowaniami jest właśnie sposób oraz zakres wykorzystania środków interwencjonistycznych. W istocie każde ugrupowanie posiada mniej lub bardziej różniące się między sobą plany, co jest podstawą dla walki politycznej i przedmiotem zabiegania o głosy wyborców. Mises opisał ten problem następująco:

Cała ta żarliwa cześć dla wyjątkowej roli działań rządu to tylko marna przykrywka dla samoubóstwienia konkretnego zwolennika interwencjonizmu. Wielki bóg Państwo jest wielki wyłącznie dlatego, że konkretny obrońca interwencjonizmu oczekuje po nim takich działań, jakie są zgodne z jego własnymi życzeniami. Prawdziwy jest tylko ten plan, który podoba się owemu obrońcy. Wszystkie inne plany są fałszywe.[120]

Można zatem stwierdzić, że poszczególni interwencjoniści nie popierają interwencjonizmu w ogóle, tylko swoje konkretne plany. Mogą oni zjednoczyć się we wspólnym celu wówczas, gdy np. część społeczeństwa zaczyna świadomie i coraz bardziej aktywnie podważać sens dokonywania jakichkolwiek interwencji w gospodarce

---

[119] L. von Mises, *Ludzkie działanie. Traktat o ekonomii*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 610.

[120] Ibidem, s. 618.

rynkowej. Jednak istnieją również przypadki, kiedy można dosyć łatwo dostrzec pewną wewnętrzną sprzeczność w działaniach czy planach interwencjonistów. Jako przykład należy wskazać ubezpieczenia społeczne/zdrowotne. Jeśli pewne ugrupowanie polityczne domaga się, współcześnie, np. rozszerzenia zakresu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego czy obniżenia wieku emerytalnego wskazując przy tym na fakt, że jest to domena państwa i prawo człowieka, to takie postulaty stanowią ukrytą krytykę początkowych jego działań w tej sferze. Pod koniec XIX i na początku XX w., kiedy powstawały pierwsze publiczne programy zabezpieczenia społecznego, nie zawierały one wcale rozbudowanego zakresu. Owe programy były bardzo *skromne* i dzisiaj, gdyby inne ugrupowanie chciało ograniczyć współczesne, rozbudowane zakresy do ich pierwotnych rozmiarów z pewnością spotkałoby się z krytyką ich politycznych rywali (a być może i części społeczeństwa). Nie można także argumentować, że wcześniejsze rozwiązania były dostosowane do ówczesnych potrzeb społecznych. Przykładowo, w systemie Bismarckowskim przywileje emerytalne zaczęły przysługiwać od 70 roku życia podczas gdy średnia długość życia wynosiła około 40 lat, a minimalny okres składkowy trwał 30 lat.[121] Również opieka zdrowotna gwarantowała *jedynie* dostęp do określonych usług medycznych w sytuacji utarty zdolności do pracy spowodowanej wypadkiem lub chorobą.[122] Za pewien paradoks należy uznać to, że początkowe systemy czy programy zabezpieczenia społecznego byłyby dzisiaj nie do zaakceptowania. Przyczyną, dla której ich się nie krytykuje jest to, że *skromny* rozmach w ich wprowadzaniu pozwalał na osiągniecie pewnych celów politycznych relatywnie niskim kosztem. Nie stanowiło to jednak żadnej przeszkody, aby na przestrzeni wielu dekad rozrosły się one do niebotycznych rozmiarów.

Jeśli *kierunek* od *mniej* do *bardziej* rozbudowanego zakresu takich programów (i interwencjonizmu) uznaje się za przedmiot analizy ekonomicznej, to powinien nim być także *kierunek* odwrotny – od interwencjonizmu do *czystej* gospodarki rynkowej. Istnieje wiele różnych przykładów interwencji. Każda z nich wymaga odpowiedniej analizy

---

[121] S. Pieńkowska-Kamieniecka, J. Rutecka, *System emerytalny w Niemczech – analiza aktualnych tendencji na tle dotychczasowego procesu reformowania*, „Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka” 2014, nr 6, s. 20.

[122] O. von Bismarck, *de facto*, realizował cele polityczne skutecznie adaptując postulaty swoich przeciwników politycznych jako jego własne, tym sposobem wytrącając im część ich argumentów w walce o władzę. Poszczególne programy zabezpieczenia społecznego były więc wprowadzane, przynajmniej częściowo, z pobudek politycznych.

i często przynosi różne skutki.

Jednym z bardziej znanych przykładów jest przypadek kontroli cen mleka opisany przez Misesa. [123] W danej gospodarce istnieje rynek mleka nie podlegający interwencjom. Jednak rząd uważa, że cena mleka jest zbyt wysoka przez co część społeczeństwa, a zwłaszcza dzieci nie mogą spożywać jego dostatecznej ilości. W celu *poprawy* sytuacji rząd wprowadza więc cenę maksymalną (poniżej ceny rynkowej). Rząd liczy na to, że dzięki sztucznemu obniżeniu ceny więcej osób będzie mogło sobie pozwolić na zakup mleka. Jednak skutki, jakie przyniosła ta interwencja, są zgoła odmienne od zakładanych. Rynek mleka składa się bowiem z wielu przedsiębiorstw (producentów mleka), którzy próbują jak najlepiej zaspokajać potrzeby klientów. Zatrudniają więc oni pierwotne i wtórne czynniki produkcji i w efekcie ponoszą koszty. Wysokość tych kosztów nie jest jednakowa dla wszystkich. Najsprawniejsi producenci osiągają największe zyski, inni mniejsze zyski, a pozostali straty i w efekcie wypadają z rynku. Jednak sztuczne obniżenie ceny rynkowej spowoduje, że część producentów, tych którzy mają najwyższe koszty, ale utrzymują się na rynku, nie będzie mogła pokryć wszystkich kosztów ze spadających (sztucznie) przychodów i ostatecznie wypadnie z rynku. Ponadto, część wydajniejszych producentów może przestawić się na produkcję bardziej opłacalnych dóbr np. masła lub śmietany – na tych rynkach nie występuje kontrola cen, a więc możliwe do osiągnięcia zyski mogą być wyższe niż na rynku mleka. W ostateczności podaż mleka na rynku spada, a liczba chętnych na jego zakup po określonej cenie rośnie. Cena, chociaż obniżona *dzięki* rządowi nie przyczyniła się więc do wzrostu spożycia mleka. Rząd, naturalnie dostrzega ten problem. Sytuacja po interwencji jest mniej pożądana od tej sprzed interwencji. Rząd może przyznać się do błędu i wycofać ze swoich planów – wówczas sytuacja w miarę szybko wróci do normy. Jeśli jednak rząd będzie dalej chciał osiągnąć swój cel, będzie musiał wprowadzić kolejne interwencje. Może to być np. wprowadzenie cen maksymalnych wśród dostawców producentów mleka np. producentów paszy i w dalszej kolejności wśród dostawców

[123] Co ciekawe, nie jest to tylko i wyłącznie dobry przykład akademicki o małym wpływie na gospodarkę. W istocie, podczas II Wojny Światowej wiele państw stosowało kontrolę cen produktów w odpowiedzi na inflację wywołaną w celu sfinansowania rosnących wydatków wojennych. Interesujące jest również to, że w USA kontrola cen doprowadziła do nierynkowego wzrostu popytu na ubezpieczenia zdrowotne, co stanowi ciekawy przykład „styku" teorii ekonomii (w przykładzie Misesa) z rzeczywistością gospodarczą i niniejszą pracą. Więcej informacji na ten temat zob. podrozdział 3.5 w rozdziale 3.

producentów paszy itd. aż do właścicieli pierwotnych czynników produkcji. Ponadto, rząd będzie musiał wprowadzić podobne regulacje na innych rynkach – w przeciwnym wypadku kapitał trafi na mniej regulowane rynki pokrewne czy np. na rynki dóbr luksusowych. Przykład ten pokazuje, że początkowa, jedna interwencja rodzi kolejne i w efekcie rząd zaczyna kontrolować kolejne części gospodarki, chociaż wcześniej wcale tego nie planował. Oczywiście, rząd może się wycofać ze swoich decyzji, ale zazwyczaj tego nie robi. Może to być spowodowane niechęcią przyznania się do błędu, przekonaniem, że konkurenci polityczni wytkną rządowi błędy i będą chcieli wprowadzić własne, bardziej interwencjonistyczne programy lub obarczaniem pogarszającej się sytuacji gospodarki rynkowej (np. producentów). Dla analizy ekonomicznej przyczyny, dla których rządy decydują się na kolejne interwencje nie mają znaczenia. Liczy się sam fakt ich dokonywania oraz skutki.

Proces dokonywania kolejnych interwencji może być bardzo długi, jednak nie będzie trwał w nieskończoność. W końcu rząd będzie zmuszony kontrolować całą gospodarkę. System cenowy, a więc i mechanizm zysków i strat nie będzie spełniać swojej pożytecznej funkcji w odpowiedniej alokacji kapitału i zaspokajaniu potrzeb konsumentów. Rząd będzie musiał odpowiednio instruować producentów, co i w jakich ilościach produkować oraz komu *sprzedawać*. Naturalnie, celem powyższego przykładu nie jest dowiedzenie, że interwencja na rynku mleka prowadzi do socjalizmu. Prowadzi do niego konsekwentnie stosowany interwencjonizm lub mówiąc inaczej system (coraz bardziej) skrępowanej gospodarki rynkowej (*hampered economy*). Ważnym wkładem Misesa w rozwój teorii interwencjonizmu było właśnie wykazanie dynamicznej natury interwencjonizmu. Utrzymanie przez rządy wyizolowanych i nie rozszerzających się interwencji w gospodarce rynkowej nie jest możliwe z uwagi na odmienne skutki od zakładanych, co stanowi dla rządów pewnego rodzaju pokusę nadużycia w postaci chęci poprawy sytuacji.

Analiza skutków interwencjonizmu nie jest łatwa między innymi ze względu na stale zmieniające się i złożone uwarunkowania rynkowe oraz na pojawianie się kolejnych interwencji, które na owe uwarunkowania mają bezpośredni lub pośredni wpływ. W ślad za Rothbardem można jednak stwierdzić, że wolna wymiana prowadzi do maksymalizowania *społecznej użyteczności* rozumianej jako wszystkie użyteczności osiągane przez jednostki na rynku. W warunkach rynkowych obydwie strony transakcji,

z założenia (*ex ante*) zyskują na wymianie, w przeciwnym razie by do niej nie doszło. Z kolei interwencja polega na zmuszaniu ludzi do podjęcia działań, których w przypadku jej braku by nie podjęli. Dlatego interwencjonizm zawsze prowadzi do spadku użyteczności jednostek, które obejmuje. Zyskuje natomiast podmiot dokonujący interwencji oraz ewentualnie, w przypadku interwencji trójstronnej, jedna ze stron transakcji. Jako że użyteczność jest subiektywna i nie można jej przedstawić za pomocą liczb państwo nie może udowodnić, że *użyteczność społeczna* się powiększa. Nie jest np. możliwe dowiedzenie, że podatki nakładane na bogatych powodują u nich mniejszy ubytek użyteczności, a większy u osób o relatywnie niższych dochodach czy majątku. Oczywiście, ludzie popełniają błędy i może okazać się, że po dokonaniu transakcji (*ex post*) ich użyteczność się zmniejszyła lub nie wzrosła ona tak bardzo jak oczekiwano. Jednak na wolnym rynku ludzie mogą podjąć działania w celu uniknięcia podobnej sytuacji w przyszłości. Zaś w przypadku, kiedy dochodzi do kolejnych interwencji, dana jednostka ma bardzo ograniczone możliwości, aby im przeciwdziałać.[124]

Warto także wspomnieć o jeszcze jednej ważnej cesze interwencjonizmu. Bardzo często interwencje wyglądające na pierwszy rzut oka na kontrolę producentów w istocie mają na celu pośrednie wpłynięcie na konsumentów. Przykładowo, jeśli państwo chce zmniejszyć konsumpcję słodkich napojów gazowanych, a zwiększyć wody czy soków może nałożyć dodatkowe podatki od sprzedaży tego produktu, wprowadzić regulacje skutkujące ograniczeniem jej podaży czy subsydiować producentów *zdrowych* napojów. To, że dana interwencja nie dotyczy bezpośrednio konsumenta może być spowodowana obawą przed spadkiem poparcia czy świadomością mniejszej skuteczności takiej interwencji. Ponadto skutki interwencji obejmujących konsumentów są przez nich o wiele łatwiej dostrzegalne niż w przypadku interwencji dotyczących producentów. Ze względu na dużą ilość interwencji i złożoność procesów rynkowych konsumentom zazwyczaj trudno jest dostrzec związki przyczynowo-skutkowe. Także faworyzowanie lobbujących producentów kosztem konkurencji (np. poprzez system licencji, wymagań kapitałowych, standardów bezpieczeństwa itp.) jest pośrednim wpływaniem na decyzje konsumentów, dla których koszty utraconych możliwości w takiej sytuacji nie są dostrzegalne.

[124] M. N. Rothbard, *Ekonomia wolnego rynku*, Instytut Ludwiga von Misesa, Fijorr Publishing, Warszawa 2017, s. 694-703.

1.4.2. Wybrane możliwe interwencje na rynku ochrony zdrowia oraz ich skutki

Dynamiczną naturę interwencjonizmu można również wykazać w rynkowym systemie ochrony zdrowia. Rozprzestrzeniające się interwencje nie prowadzą do ustanowienia socjalizmu w systemie ochrony zdrowia,[125] ale do coraz większej kontroli przez państwo rynków dostarczających społeczeństwu potrzebnych dóbr i usług medycznych (zdrowotnych). Zakres takiego interwencjonizmu może być bardzo różny, od pojedynczych interwencji do zintegrowanych, z góry określonych planów *opieki zdrowotnej* mającej za zadanie zapewnienie kompleksowego i (w większości) nieodpłatnego dostępu do owych dóbr i usług. Dynamikę procesów interwencjonistycznych można więc rozpatrywać zarówno od *etapów* pojedynczych interwencji prowadzących w ostateczności do publicznej opieki zdrowotnej (systemu jednego płatnika) lub od takiego systemu, jeśli już został *całościowo* zaimplementowany, do kolejnych działań państwa mających podtrzymać jego funkcjonowanie. Kolejne interwencje, o czym mowa była już wcześniej, nie świadczą jednak o sukcesach poprzednich interwencji, ale o ich zawodności.

Ze względu na dużą różnorodność powszechnych (publicznych) systemów ochrony zdrowia w poszczególnych krajach przypadek każdego z nich powinien być poddany skrupulatnej analizie przyczynowo-skutkowej. Stany Zjednoczone Ameryki nie posiadają, tak jak kraje europejskie czy np. Kanada, systemu jednego płatnika. Historia kolejnych interwencji w systemie ochrony zdrowia USA pokazuje jednak, że tworzą one coraz bardziej zintegrowaną (chociaż nie zaplanowaną odgórnie) strukturę ograniczającą procesy rynkowe oraz ukierunkowującą amerykański system ochrony zdrowia na system jednego płatnika finansowanego przez państwo (*single-payer system*). Ważnym zadaniem ekonomii jest wykazanie skutków, jakie przynoszą lub mogą przynieść kolejne interwencje.[126]

Wprowadzenie mniej lub bardziej rozbudowanego powszechnego (publicznego) systemu ochrony zdrowia ma bardzo poważne konsekwencje społeczno-gospodarcze.

---

[125] Termin ten dotyczy gospodarki jako całości, w której nie występuje własność prywatna środków produkcji.

[126] W tej części pracy zostanie omówiony najbardziej *ogólny* rodzaj (poziom) interwencji w postaci powszechnego systemu ochrony zdrowia. Konkretne przypadki interwencji oraz ich skutków na przykładzie USA zostaną przedstawione w rozdziałach 3, 4 oraz 5.

Jedną z poważniejszych jest zaburzenie relacji pomiędzy bezpośrednim a pośrednim (poprzez płatników trzeciej strony) nabywaniem dóbr i usług medycznych przez konsumentów. Państwo, zamiast konsumenta, podejmuje wówczas bardzo wiele decyzji, między innymi: jakie dobra i usługi mają wchodzić w zakres takiego systemu, czy oraz jaki ma być poziom odpłatności, jakie mają być normy dopuszczania leków, technologii czy poszczególnych zawodów medycznych do użytku, czy placówki świadczące dane usługi (w ramach powszechnego systemu) mają być publiczne czy prywatne itp. Skutki tych interwencji są przede wszystkim takie, że konsument nie-opłacający rachunków z własnej kieszeni ma problem z prawdziwym oszacowaniem kosztów. Nie jest w stanie dokładnie ocenić, czy dane dobro lub usługa jest łatwo czy trudno dostępne. Na rynku od pewnych zdarzeń mógłby się np. ubezpieczyć, a resztę opłacać z własnej kieszeni u konkurujących dostawców. Byłby jednak świadomy konsekwencji swoich wyborów. Ponadto, wszelkie normy czy standardy dopuszczania leków czy technologii na rynek zastępują subiektywną ocenę konsumenta odnośnie ich przydatności. Także regulacje odnośnie zawodów medycznych (np. poprzez system nierynkowych licencji) ograniczają wybór konsumenta oraz jego wiedzę na temat alternatywnych metod leczenia. Działania producentów i dostawców skierowane są wówczas na spełnienie tych odgórnych wymagań, co generuje również większe koszty oraz wydłuża czas wprowadzania nowych dóbr i usług do użytku. Rozwój innowacyjnych rozwiązań zostaje wyeliminowany albo ograniczony. Producenci nie szacują już potencjalnego popytu zgłaszanego przez konsumentów na podstawie ich sądów wartościujących (a przynajmniej robią to w ograniczonym zakresie), ale starają się przewidzieć, jakie działania podejmie państwo (dany rząd). Zaburzenie procesów wartościowania konsumentów przez kolejne interwencje odbija się negatywnie na zaspokajaniu ich potrzeb oraz przyczynia się do problemów kalkulacji ekonomicznej – powstających wówczas, gdy państwo próbuje przejąć na siebie rolę rynku. Jednak struktura cenowa na rynku dóbr i usług finalnych oraz kapitałowych była pierwotnie podporządkowana suwerenności konsumenta. W gospodarce rynkowej każdy jej uczestnik jest zarówno konsumentem, jak i producentem. Każdy z jednej strony stawia własne wymagania odnośnie dóbr i usług jakie jest skłonny nabyć oraz, z drugiej strony, jako pracownik czy przedsiębiorca stara się je spełnić wobec innych konsumentów. Jak ujął to Mises:

W systemie opartym na prywatnej własności środków produkcji rachunek wartości prowadzony jest z konieczności przez każdego członka społeczeństwa, który dwojako przyczynia się do jego powstania: z jednej strony jako konsument, z drugiej jako producent. Jako konsument określa swoją skalę wartości dóbr gotowych do konsumpcji. Jako producent przeznacza dobra wyższego rzędu do takich zastosowań, które przynoszą mu największy zysk. W rezultacie wszystkie dobra wyższego rzędu zostają uporządkowane według skali wartości, zgodnie z aktualnym stanem społecznych stosunków produkcji i potrzebami społecznymi. Współdziałanie obu tych procesów wartościowania gwarantuje, że zarówno konsumpcja, jak i produkcja podlegają zasadzie ekonomicznej, o której już pisałem. Środki zostaną przeznaczone na pokierowanie produkcją oraz konsumpcją według opisanej wyżej zasady ekonomicznej. Powstaje system cen detalicznych, który w dowolnym czasie pozwala każdemu dostosować zaspokojenie swoich potrzeb do wymogów racjonalnego gospodarowania.[127]

Sztucznie pobudzony popyt na usługi medyczne prowadzi do presji społecznej na przeznaczanie coraz większych nakładów w celu ich dostarczania. Państwo podnosi więc podatki (lub *składki*) powołując się na *prawo do opieki zdrowotnej*. Nie jest jednak możliwe stałe podnoszenie podatków czy zaciąganie długów na te cele. Po pierwsze, ta część społeczeństwa która nie jest beneficjentem netto, zaczyna wyrażać swoje niezadowolenie z coraz większych danin.[128] Po drugie, państwo ma także inne *konkurencyjne* cele, które również wymagają środków (podatków) np. budowa dróg, ubezpieczenia emerytalne, obrona narodowa itp. Po trzecie, jeśli konsument przeznacza na określone dobra i usługi jedynie ułamek ich kosztów nie będzie wstrzymywał się od konsumpcji. Iluzja nieodpłatnej opieki zdrowotnej tworzy jednocześnie iluzję jej obfitości. Jednak, kiedy nieograniczone wręcz *prawo do opieki zdrowotnej* jednego obywatela *spotyka się* takim samym *prawem* kolejnych obywateli zaczynają oni między sobą konkurować o, jak się okazuje, rzadkie dobra i usługi medyczne. Państwo w odpowiedzi na te działania wprowadza różne formy reglamentacji, co może jeszcze przyspieszyć korzystanie z (jeszcze) dostępnych środków.

Jest to więc pewna wersja tzw. *tragedii wspólnego pastwiska* (*tragedy of the commons*), przypadku opisanego przez Garretta Hardina[129], gdzie hodowcy krów

[127] L. von Mises, *Kalkulacja ekonomiczna w socjalizmie*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 43-44.

[128] Może to prowadzić również do spowolnienia wzrostu tempa wydatków.

[129] G. Hardin, *The Tragedy of the Commons*, „Science” 1968, nr. 3859, s. 1243-1248.

mlecznych, w celu zwiększenia swoich zysków, nadmiernie eksploatowali wspólne zasoby (pastwiska) nie dbając o interes innych hodowców oraz doprowadzając ostatecznie do degradacji pastwisk. Rozwiązanie tego problemu polegało na wydzieleniu własności prywatnej za pomocą systemu grodzeń, dzięki czemu każdy hodowca miał swój interes w należytym eksploatowaniu swoich pastwisk.[130] Zatem własność prywatna wprowadza ład do relacji społecznych oraz umożliwia racjonalne decyzje na podstawie kalkulacji ekonomicznej. Często, w celu sprostania podobnym problemom, wskazuje się również na potrzebne interwencje państwa np. w postaci wydawania odpowiednich regulacji czy nakładania podatków. Jednak, uwzględniając zastosowanie tego rodzaju środków w odniesieniu do powszechnych (publicznych) systemów ochrony zdrowia należy stwierdzić, że to właśnie takie interwencje są główną przyczyną problemów (*tragedii*), a nie ich rozwiązaniem. Jeśli państwo tworzy swój program ubezpieczenia dla wszystkich członków społeczeństwa to, w odróżnieniu od prawdziwych ubezpieczeń, podatki i regulacje znoszą *granice* korzystania ze wspólnego zasobu *opieki zdrowotnej*. W warunkach rynkowych ubezpieczyciele tworzą określone grupy ryzyka składające się z członków o podobnym prawdopodobieństwie korzystania z usług medycznych. Płacona składka (netto) odzwierciedla ryzyko ubezpieczeniowe. Są to więc *granice*, jakie wyznaczają ubezpieczyciele poszczególnym członkom grup ryzyka, dbając o ich względną *jednorodność* będącą warunkiem skutecznej pomocy ich członkom, gdy zajdzie taka potrzeba.

Także lokalne społeczności mogą tworzyć różne quasi-ubezpieczeniowe programy. W przeszłości bardzo popularne były np. stowarzyszenia braterskie. Instytucje te zrzeszały mieszkańców miast lub osoby trudniące się daną profesją i zapewniały im dostęp do różnych świadczeń jak np. wypłatna środków na skutek wypadku czy śmierci członka.[131] Ich zaletą było m. in. to, że lokalne społeczności mają interes w tym, aby wzajemnie się wspierać i jednocześnie pilnować, aby nikt nie próbował nadmiernie korzystać z przysługujących mu świadczeń. Dołączenie

---

[130] Warto także wspomnieć, że inne rozwiązania tego problemu zostały opisane przez E. Ostrom. Więcej na ten temat zob. E. Ostrom, *Dysponowanie wspólnymi zasobami*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.

[131] Jako skuteczny przykład historyczny tego typu inicjatyw można wskazać północne Włochy na przełomie XIX i XX w. Więcej na ten temat zob. P. Tedeschi, *A New Welafre System: Friendly Societies in Eastern Lombardy from 1860 to 1914*, w: B. Harris (red.), *Welfare and old Age in Europe and North America: The Development of Social Insurance*, Routledge, Londyn, Nowy Jork 2015, s. 47-64.

nowego, anonimowego członka wiązało się z jego akceptacją panujących zasad.[132] W pewnym uproszczeniu można stwierdzić, że zasady funkcjonowania takich stowarzyszeń były zbliżone do współczesnych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych.

Tymczasem ubezpieczenie publiczne powoduje, że znikają ograniczenia tworzone przez towarzystwa ubezpieczeniowe czy inne stowarzyszenia przy jednoczesnym poszerzaniu zakresu anonimowości takich programów, co powoduje złudzenie realnej możliwości dla nieskrępowanego korzystania z usług medycznych. Mieszkaniec ze wschodu Polski nie będzie się zastanawiał czy jego nagminne korzystanie z takiego *ubezpieczenia* nie powoduje ograniczenia środków dla mieszkańca zachodniej części Polski. Skoncentruje się na tym, aby jak najlepiej i najszybciej zaspokoić swoje potrzeby (po sztucznie zaniżonej cenie), co jest dowodem na występowanie swego rodzaju rywalizacyjności w powszechnych (publicznych) systemach zdrowotnych oraz skutkiem państwowego interwencjonizmu.

Jeśli cena danych dóbr i usług została sztucznie zaniżona lub nie ma związku z racjonalną wyceną ryzyka, pojawia się presja na ich wzrost. W związku z tym, że pacjenci nie mogą zapłacić lekarzowi bezpośrednio z własnej kieszeni próbują robić to poprzez inne *formy płatności* lub mówiąc inaczej łapówki w zamian za preferencyjne traktowanie. Z punktu widzenia ekonomii łapówka świadczy o zawodności w dostarczaniu potrzebnych dóbr i usług medycznych przez instytucje publiczne. To, że dana osoba otrzymała potrzebne jej usługi medyczne dzięki łapówce kosztem innej osoby nie zmienia faktu, że relacje popytowo-podażowe zostały zaburzone. Nawet gdyby taka sytuacja nie miała miejsca ktoś i tak ostatecznie nie uzyskałby dostępu do usług medycznych. Na rynku problem ten zostaje rozwiązany przez rosnące ceny i zyski, co zachęca dostawców (i konkurencję) do zwiększania podaży oraz obniżania kosztów.

Również producenci traktują tego typu *płatności* jako skuteczny środek do osiągania celów. Zamiast podlegać prawom rynku, zaczynają przyjmować postawę defensywną. Dążąc do utrzymania dotychczasowej pozycji rynkowej, podejmują liczne działania lobbingowe mające ograniczyć konkurencję, często pod pretekstem zapewnienia wysokiej jakości usług w celu dbania o zdrowie pacjentów. Między innymi

[132] Więcej na ten temat funkcjonowania takich organizacji zob. podrozdział 3.4 w rozdziale 3.

dlatego w branży medycznej występuje tak wiele licencji, standardów jakości, kontroli produktów oraz innych regulacji stanowiących niskiej jakości substytut dla suwerenności konsumenta oraz procesów konkurencji.

Część społeczeństwa, niezadowolona z funkcjonowania powszechnego (publicznego) systemu ochrony zdrowia, sięga po rynkowe alternatywy: płatności bezpośrednie, ubezpieczenia zdrowotne, abonamenty medyczne czy, w ostateczności, po pomoc charytatywną. Tym sposobem płaci się *podwójnie* za dane dobra i usługi, w pewnym sensie subsydiując wadliwe systemy publiczne oraz po części, *kamuflując* ich problemy z zapewnianiem odpowiedniej dostępności dóbr i usług medycznych. Jednak ilość chętnych osób do nabycia prywatnych alternatyw jest relatywnie mniejsza. Dodatkowo, państwowe regulacje utrudniają funkcjonowanie tych procesów rynkowych, zwiększając koszty producentów oraz ograniczając konkurencję i innowacyjność. W związku z tym ceny określonych dóbr i usług są relatywnie wyższe niż miałoby to miejsce w przypadku nieskrępowanych procesów rynkowych. Co ciekawe, jednymi z pierwszych nabywców rynkowych alternatyw często są politycy. Dobry przykładem jest tutaj Szwecja, gdzie politycy byli jednymi z pierwszych beneficjentów posiadania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych stanowiących alternatywę dla wielomiesięcznego oczekiwania miedzy innymi na takie specjalistyczne usługi jak chirurgia. [133] Społeczeństwo korzysta z rynkowych alternatyw i jest świadome problemów systemów publicznych, ale równocześnie ma problem z dostrzeżeniem, że rynkowe rozwiązania nie są jedynie dodatkiem lub uzupełnieniem systemów publicznych, lecz warunkiem dla sprawnego dostarczania społeczeństwu potrzebnych dóbr i usług medycznych. Interwencjonizm w systemie ochrony zdrowia prowadzi zatem do utrwalania lub nawet pogłębiania asymetrii informacji. Konsument nie decyduje sam w swoim imieniu, wybierając wśród konkurujących dostawców oraz doradców. Wszystkie decyzje odnośnie tego, co ma być produkowane oraz jakie podmioty mają zajmować się zatwierdzaniem np. leków czy technologii podejmowane są bez jego udziału. Ponadto, rosnące koszty oraz obawy przed widmem wydatków przekraczających możliwości finansowe pojedynczej osoby, do pewnego stopnia, utrwalają w społeczeństwie przekonanie o tym, że powszechny (publiczny) system

[133] P. Bylund, *The Market is Taking Over Sweden's Health Care*, 29.01.2014, https://mises.org/library/market-taking-over-sweden's-health-care (dostęp: 28.08.2018).

ochrony zdrowia jest niezbędny – pomimo jego wad. Powoduje to kolejne interwencje, tym razem w celu naprawy niezamierzonych skutków wynikłych z poprzednich ingerencji w gospodarkę rynkową.

Rozdział 2

POWSZECHNY SYSTEM OCHRONY ZDROWIA JAKO SKUTEK INTERWENCJI PAŃSTWA

Wstęp

Rozdział ten porusza zagadnienia związane z funkcjonowaniem publicznych systemów ochrony zdrowia oraz ich charakterystykę. Analizie zostały poddane przede wszystkim kwestie związane z odpowiednią definicją takiego systemu, cele jakie ma on realizować, źródła jego finansowania czy pojęcie i znaczenie zdrowia w wymiarze indywidualnym oraz społecznym.

Ma to pomóc w lepszym zrozumieniu zasad jego funkcjonowania oraz wpływu na dostępność do świadczeń medycznych, zdrowie czy chociażby na relacje na linii lekarz-pacjent. Dzięki temu możliwe będzie również łatwiejsze porównanie takiego systemu do rozwiązań rynkowych charakteryzujących się bardziej zróżnicowaną strukturą finansowania dostępu do świadczeń medycznych.

Dodatkowo w celu lepszego skontrastowania systemu amerykańskiego przedstawiona została krótka charakterystyka modeli oraz przypadków poszczególnych krajów wykorzystujących bardziej odmienne rozwiązania od tych powszechnych lub *modelowych* jak np. Singapur czy Szwajcaria. Warto także zaznaczyć, że przypadek Stanów Zjednoczonych Ameryki mimo braku posiadania systemu jednego płatnika, nie musi być równoznaczny z brakiem rządowych interwencji i silnie rynkowym charakterem systemu ochrony zdrowia tego kraju.

2.1. Powszechny system ochrony zdrowia

2.1.1. Definicja powszechnego systemu ochrony zdrowia

Powszechny (publiczny) system ochrony zdrowia nie jest efektem niezależnych decyzji konsumentów, ale skutkiem regulacyjnych ram odgórnie określonych przez państwo. Być może ta *jawność* instytucji publicznych pośrednio przemawia na korzyść interwencjonizmu. Perspektywa odpowiedzialności państwa za los jednostki, w pewnym stopniu, uwalnia ją od decyzyjności i odpowiedzialności w zakresie własnego zdrowia poprzez stworzenie systemu mającemu zapewnić jej bezpieczeństwo. Cele powszechnego i rynkowego systemu ochrony zdrowia pozostają takie same – dostarczanie społeczeństwu niezbędnych mu dóbr i usług medycznych (zdrowotnych). Pytanie, na które próbuje odpowiedzieć ekonomia, sprowadza się do zasadności środków jakie mają temu celowi służyć oraz skutków ich zastosowania.

Jedną z cech interwencjonizmu jest to, że dosyć trudno jest wskazać przykłady identycznych interwencji stosowanych w poszczególnych krajach w zakresie publicznych systemów opieki zdrowotnej (lub powszechnych systemów ochrony zdrowia). O ile sama definicja interwencji jest dosyć szeroka, to istnieje bardzo wiele jej przykładów. Podobnie jest z pojęciem opieki zdrowotnej w literaturze przedmiotu definiowanej jako:

Dobra i usługi stosowane jako nakłady w procesie utrzymywania zdrowia. W niektórych analizach jako dodatkowe elementy konwencjonalnej opieki zdrowotnej traktuje się czas i wiedzę jednostki na temat ochrony i promocji zdrowia.[134]

Jednak, co wcześniej zostało wspomniane, w zasadzie każdy z beneficjentów inaczej wyobraża sobie owe *nakłady*. Oczywiście to wyobrażenie dotyczy jego potrzeb, a nie potrzeb reszty społeczeństwa. Opieka zdrowotna nie jest jednakowa dla wszystkich. To różnorodne dobra i usługi medyczne, których każdy potrzebuje w zależności od swoich potrzeb. Osoba starsza i przewlekle chorująca potrzebuje innego zestawu dóbr i usług niż osoba młoda i zdrowa. Ponadto, każdy podmiot czy osoba

[134] S. Folland, A. C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 987.

dokonująca interwencji posiada swój własny plan ich wprowadzenia. Dlatego poszczególne publiczne systemy opieki zdrowotnej, mniej lub bardziej, różnią się między sobą. Można jednak zadać sobie pytanie czy państwo nie może zająć się finansowaniem dostępu do opieki zdrowotnej tylko osobom najbardziej tego potrzebującym? Dlaczego, w miarę wzrostu dobrobytu i postępującego rozwoju gospodarczego na świecie, nie funkcjonuje *minimalny* publiczny system opieki zdrowotnej obejmujący najuboższych? Próbując odpowiedzieć na to pytanie należy wziąć pod uwagę ekonomiczne konsekwencje takiego stanu rzeczy. Kwestia funkcjonowania takiego *minimalnego* systemu nie sprowadza się bowiem tylko i wyłącznie do niego samego, ale *de facto*, dotyczy również całej gospodarki. Można stwierdzić, że wówczas funkcjonowałyby dwa systemy zdrowotne: *minimalny* (państwowy) oraz kompleksowy (uzupełniający, rynkowy) – obejmujący resztę społeczeństwa. Należy jednak zwrócić uwagę, że w takim układzie państwo nie zobowiązuje się tylko i wyłącznie do wstrzymywania się od interwencji w rynkowym systemie ochrony zdrowia, ale również w pozostałych częściach gospodarki.[135] Jeśli uzna się, że tylko niewielka część społeczeństwa nie potrafi lub nie ma dostatecznych środków, aby o siebie zadbać, to jednocześnie reszta społeczeństwa to potrafi. Aby większość społeczeństwa mogła podejmować odpowiednie działania w tym celu musi dysponować określonymi środkami. Również rynki muszą być zatem podporządkowane ich decyzjom. Państwo chcąc wprowadzić np. nowe podatki w celu realizacji ambitnego programu *inwestycji* ogranicza, więc ilość środków jakimi dysponuje jednostka. Nie jest możliwym przeprowadzenie eksperymentu czy dana jednostka chce przeznaczyć swoje środki na ubezpieczenie zdrowotne czy np. zakup komputera i na tej podstawie dokonać jej opodatkowania lub nie. Nawet jeśli jej decyzje nie dotyczą zakupu dóbr i usług medycznych to, w imię poszanowania jej wolności oraz odpowiedzialności za własne decyzje, nie można jej takich działań zakazać. Takie społeczeństwo nie będzie zatem będzie skłonne do zaakceptowania nowych danin. Wynika stąd wniosek, że rynkowy system ochrony zdrowia jest elementem gospodarki rynkowej i każda ingerencja państwa, także w innych jej obszarach, ma na ten system pośredni wpływ. Istnienie i należyte funkcjonowanie rynkowego systemu ochrony zdrowia zależy więc nie tylko od

[135] Ewentualnie również do interwencji o *minimalnym* zakresie.

braku interwencji państwa w nim samym, ale również (pośrednio) w pozostałych częściach gospodarki.

Można również, w pewnym uproszczeniu stwierdzić, że powszechny system ochrony zdrowia do pewnego stopnia jest *komplementarny* z innymi interwencjami państwa w gospodarce. Powszechność tego systemu wynika między innymi stąd, że obejmując każdego członka społeczeństwa daje państwu środki zarówno do tworzenia powszechnego systemu ochrony zdrowia oraz, pośrednio, może służyć jako uzasadnienie innych interwencji w gospodarce. Nie jest to tylko i wyłącznie przypadek teoretyczny. Często społeczeństwo nie dostrzega, że wycofanie się państwa z jednego obszaru interwencji nie musi być wystarczające. Ze względu na zaburzone relacje popytowo-podażowe trudno jest obecnie stwierdzić jakie nakłady na opiekę zdrowotną są potrzebne. W jakich segmentach są one zbyt wysokie a w jakich zbyt niskie? Oczywiście, nieskrępowane procesy rynkowe w systemie ochrony zdrowia mogą przynieść bardzo pozytywne efekty również wówczas, jeśli państwo nie wycofa się ze swoich interwencji z innych części gospodarki. Celem niniejszej argumentacji jest jednak zwrócenie uwagi na fakt, że poszczególnych części gospodarki nie można traktować jak odizolowanych od siebie wysp. Dlatego zamiast mówić o publicznym systemie opieki zdrowotnej (i jego ekonomice) bardziej zasadne, z perspektywy ekonomii, jest posługiwanie się terminem: powszechny (publiczny) system ochrony zdrowia, który można zdefiniować jako:

Systematyczne stosowanie przez państwo interwencji (dwustronnych oraz trójstronnych), obejmujących konsumentów oraz producentów dóbr i usług medycznych (zdrowotnych), mające na celu wymuszenie na nich takich decyzji, jakich podmioty te nie podjęłyby w zakresie konsumpcji oraz produkcji owych dóbr i usług, gdyby dane interwencje nie miały miejsca.[136]

Ekonomiczny aspekt powyższej definicji zwraca uwagę na istnienie kosztów alternatywnych interwencjonizmu. Nie można koncentrować się zatem tylko i wyłącznie na analizie interwencjonizmu w systemie ochrony zdrowia bez jakiejkolwiek refleksji odnośnie skutków dla pozostałej części gospodarki czy społeczeństwa.[137] Jak stwierdził

---

[136] Definicja ta oparta jest na terminologii interwencji stosowanej przez Rothbarda.

[137] Równocześnie nie można także ignorować zmian w pozostałych częściach gospodarki wpływających na powszechny lub rynkowy system ochrony zdrowia.

Henry Hazlitt:

Sztuka ekonomii polega na tym, by spoglądać nie tylko na bezpośrednie, lecz także na odległe skutki danego działania czy programu; by śledzić nie tylko konsekwencje, jakie dany program ma dla jednej grupy, lecz także te, jakie przynosi wszystkim.[138]

Zwolennicy interwencjonizmu mogą jednak argumentować, że wstrzymywanie się państwa od interwencji może mieć zgubne konsekwencje ze względu na zawodności rynku. Szczególnie często wskazuje się na problem asymetrii informacji jako jego rzekomej zawodności w rynkowym systemie ochrony zdrowia. Krytyka poszczególnych przypadków zawodności rynku została już przedstawiona w rozdziale 1. Jednak, w kontekście problemu asymetrii informacji, warto zwrócić jeszcze uwagę na wewnętrzną sprzeczność przytaczanych argumentów. Według nich interwencja państwa w rynkowy system opieki zdrowotnej jest niezbędna z uwagi na fakt, że producenci (sprzedawcy) posiadają większą wiedzę na temat swoich produktów i dzięki czemu będą mogli oszukiwać nieświadomych konsumentów. Konsument nie posiadając specjalistycznej wiedzy nigdy nie będzie pewien czy dane dobro lub usługa medyczna przyczyni się do poprawy lub utrzymania jego zdrowia. Dlatego niezbędne są interwencje państwa, które skutecznie będą chronić społeczeństwo przed nieuczciwymi producentami (sprzedawcami). Jednak, jeśli konsument nie posiada dostatecznej wiedzy, żeby określić od jakich producentów powinien nabyć dane dobra czy usługi medyczne to również nie będzie w stanie określić czy eksperci wynajęci przez państwo działają na jego korzyść czy nie. Nie będzie w stanie stwierdzić czy rozwiązania (interwencje) partii X są lepsze od rozwiązań partii Y. Luka informacyjna dalej będzie istnieć. Społeczeństwo nie będzie potrafiło ocenić zasadności oraz skutków interwencji. Dlatego za pewien paradoks należy uznać to, że politycy uważają obywateli za kompetentnych do ich wybierania podczas wyborów jednocześnie stwierdzając, że nie są oni wystarczająco kompetentni, aby swobodnie

[138] H. Hazlitt, *Ekonomia w jednej lekcji*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2012, s. 4-5. Warto także zaznaczyć, że ekonomiści już o wiele wcześniej zwracali uwagę na problem kosztów alternatywnych. Więcej na ten temat zob. F. Bastiat, *Co widać i czego nie widać*, Wydawnictwo Prohibita, Warszawa 2014; Warto także zapoznać się z esejem W. G. Sumnera pt. *Zapomniany człowiek*, więcej na ten temat zob. W. Kwaśnicki, *Zasady ekonomii rynkowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 16-17.

decydować o zakupie potrzebnych im dóbr i usług medycznych. Ujmując to inaczej, zakłada się implicite, że nieracjonalni indywidualnie wyborcy generują w kolektywie wyborczym quasi racjonalne efekty.[139]

Powyższą argumentację można także poszerzyć zadając pytanie, dlaczego problem asymetrii informacji ma dotyczyć tylko i wyłącznie relacji producent-konsument? W uwarunkowaniach rynkowych w zasadzie każdy producent dóbr i usług finalnych ma swoich dostawców, którzy również posiadają swoich dostawców itd. Występują rynki czynników produkcji. Nie istnieje jedno wielkie przedsiębiorstwo zarządzające bezpośrednio wszystkimi etapami produkcji w ramach wielkiej struktury organizacyjnej. Każde przedsiębiorstwo posiada określoną specjalizację, która stale się pogłębia. Dlatego, uznając teorię o asymetrii informacji należałoby zgodzić się, że występuje ona także w relacji producent X (sprzedający) – producent Y (kupujący). Rynki czynników produkcji musiałaby wówczas podlegać nieustannym zapaściom, w ostateczności, uniemożliwiającym powstawanie dóbr i usług finalnych o odpowiedniej jakości. Producenci dóbr niższych rzędów byliby na łasce producentów dóbr wyższych rzędów. Sprowadzenie powyższych twierdzeń do ich logicznych konsekwencji oznaczałoby, że państwo musi także zająć się ścisłą kontrolą rynków czynników produkcji.[140] Państwo musiałoby decydować za przedsiębiorców jakie produkty mają być nabywane, w jakich ilościach oraz po jakich *cenach*. Obraz takiego systemu gospodarczego to nic innego jak socjalizm.

Oczywiście na rynkach czynników produkcji nie występują tego typu zapaści (kryzysy). Dzieje się tak dlatego, że nieskrępowane procesy rynkowe nie prowadzą do powstawania, ale do usuwania tzw. asymetrii informacji, co jest jednym z warunków odpowiedniego zaspokajania potrzeb konsumentów.

Można także stwierdzić, że problem asymetrii informacji (czy niepewności) mogą pogłębiać także zapowiedzi i reformy publicznych systemów opieki zdrowotnej. W zasadzie nikt, oprócz inicjatorów tych reform, nie jest w stanie zorientować się w gąszczu zmian regulacyjnych a już tym bardziej dokładnego ich wpływu na dostęp do określonych usług medycznych.

---

[139] Więcej na ten temat zob. B. Caplan, *Mit racjonalnego wyborcy*, Fijorr Publishing, Wrocław 2017.

[140] Można także zadać pytanie: skoro państwo lepiej od przedsiębiorców orientuje się czego potrzebuje konsument oraz producenci, to dlaczego samo nie stanie się przedsiębiorcą?

W istocie, powszechny (publiczny) system ochrony zdrowia to pewnego rodzaju *prokrustowe łoże*[141] – system sztywnych ram nie reagujących na bodźce rynkowe oraz wymagający od wszystkich jego (przymusowych) uczestników bezwzględnego dopasowania się do owych wytycznych bez względu na ich indywidualny interes lub jego brak.

[141] Jest to metafora zaczerpnięta z mitologii greckiej. Prokrust był rozbójnikiem mieszkającym przy drodze z Aten do Megary, którego zabił powracający do ojczyzny Tezeusz. Prokrust schwytanych podróżnych rozciągał na łożu i do jego długości dopasowywał ciała swych ofiar, naciągając je lub obcinając im członki. Określenie *prokrustowe łoże* oznacza dostosowanie czegoś do sztywnego schematu lub trudną sytuację przysparzającą cierpień (PWN, *Prokrust*, bark daty, https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Prokrust;3962568.html (dostęp: 05.09.2018).

2.1.2. Ogólne zasady funkcjonowania oraz cele

Ogólne zasady na jakich opierają się powszechne systemy ochrony zdrowia, od początków ich powstania, pozostają takie same – stosowanie systematycznych interwencji. Zmianom mogą ulegać jednie środki, za pomocą których próbuje się osiągnąć wyznaczone cele. Środkami do ich realizacji są poszczególne interwencje, które według Shermana Follanda i in. przejawiają się w trzech działaniach (grupach):

> *dostarczania dóbr i usług, redystrybucji i regulacji. Rządy podejmują każde z tych działań w ekonomii zdrowia.*[142]

Natomiast, podstawowy, ogólny cel istnienia takiego systemu można określić jako próbę systematycznego zapewniania społeczeństwu niezbędnych dóbr i usług medycznych (zdrowotnych), których nabycie w warunkach rynkowych (zdaniem rządzących) nie byłoby możliwe w skali całego społeczeństwa. Pomiędzy wskazanymi wyżej trzema działaniami interwencyjnymi zachodzą, warunkujące je, związki przyczynowo-skutkowe. Państwo w celu dostarczenia społeczeństwu dóbr i usług medycznych najpierw musi je wyprodukować lub nabyć od prywatnych dostawców wcześniej określając wymogi (za konsumentów) jakie muszą one spełniać. Aby te działania były możliwe państwo musi posiadać odpowiednie środki pochodzące ze źródeł prywatnych – bez nich nie będzie możliwe utrzymanie odpowiednich instytucji oraz redystrybucji środków pomiędzy poszczególnymi członkami społeczeństwa. W tym celu powstają odpowiednie akty prawne (kolejne regulacje) nakładające obowiązek transferu części środków prywatnych (dochodów) na wyznaczone wcześniej cele np. w postaci podatków czy *składek*.

W związku z tym, że powszechny system ochrony zdrowia jest nierynkowy, również odmienne od rynkowych pozostają metody oceniające jego *wyniki*. Na rynku łatwo można ocenić stopień zaspokajania potrzeb konsumentów np. na podstawie rachunku zysków i strat czy uwzględniając rankingi instytucji lub osób trudniących się

[142] S. Folland, A. C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 717.

daną profesją tworzone na podstawie opinii wyrażanych przez konsumentów. Tymczasem w przypadku powszechnego systemu ochrony zdrowia, wykorzystywane są inne kryteria – między innymi ze względu na jego obowiązkowy charakter. Jako częste przykłady można tutaj wskazać wielkość nakładów publicznych przeznaczanych na opiekę zdrowotną (np. w relacji do PKB lub do budżetu państwa) czy liczbę osób ubezpieczonych. Jednak te kryteria wcale nie są równoznaczne z osiąganiem lepszych rezultatów. Bardzo często, w celu poprawy funkcjonowania takich systemów, rekomendowane jest właśnie zwiększenie nakładów. Jednak jest to błędne utożsamianie wzrostu środków finansowych ze wzrostem podaży niezbędnych dóbr i usług medycznych – a tych ze względu na zaburzenie relacji rynkowych często brakuje. Leki, sprzęt medyczny czy lekarze nie czekają bezczynnie na pacjentów w magazynach i gabinetach z powodu braku środków. Ilość leków, sprzętu medycznego czy lekarzy jest niewystarczająca ze względu na sztucznie pobudzony popyt lub sztucznie ograniczoną podaż. Dlatego zwiększenie nakładów jedynie potęguje wady systemów publicznych nie przyczyniając się do poprawy ich wyników ku rozczarowaniu i zdezorientowaniu społeczeństwa. Jest to też dobry przykład na to, kiedy środki zostają pomylone z celami, co prowadzi do kolejnych interwencji i jeszcze większego etatyzmu. Co więcej, nawet jeśli zwiększone nakłady przyczynią się do poprawy rezultatów nie świadczy to wcale o potrzebie istnienia systemów publicznych. Ekonomia zwraca w tym przypadku uwagę na relację nakładów do wyników, co jest rzadkością w debatach politycznych, której uczestnicy koncentrują się zwłaszcza na tej pierwszej zmiennej.

W uwarunkowaniach rynkowych producent ponoszący starty (nieodpowiednio zaspokajający potrzeby konsumentów) wypada z rynku i zostaje zastąpiony przez bardziej przedsiębiorczych konkurentów. Natomiast w przypadku powszechnego systemu ochrony zdrowia nie ma takiej alternatywy. Możliwe jest jedynie zastąpienie planu partii x planem partii y, jednak zasady na jakich funkcjonuje ten system dalej pozostają takie same. Często zdarza się także, że kwestie poprawy funkcjonowania takich systemów są gorącym tematem przedwyborczych dyskusji, a po ich zakończeniu nie są podejmowane żadne działania. Dzieje się tak między innymi dlatego, że jakiekolwiek zmiany mogłyby wiązać się ze spadkiem poparcia części społeczeństwa[143]

[143] Np. osób w wieku poprodukcyjnym.

dla rządu takie zmiany planującego.

W niektórych krajach (np. Szwajcarii czy Holandii) zdecydowano się na większe zaangażowanie podmiotów prywatnych. Jednak, co należy zaznaczyć, była to implementacja nie tyle rozwiązań rynkowych co podmiotów prywatnych w ramy systemów publicznych. Podmioty prywatne dostarczające społeczeństwu dóbr i usług medycznych robią to w oparciu o odgórne wytyczne, a nie prawa rynku. Nie są to systemy rynkowe jak czasami się je określa. Dalej dokonywane są w nich systematyczne interwencje. Korzyści jakie dają instytucje prywatne mogą być związane np. z lepszym gospodarowaniem zasobami czy zarządzaniem czego efektem są niższe koszty, ale dalej podlegają one bardzo wielu regulacjom.[144] Co ciekawe, wprowadzenie takich rozwiązań[145] miało na celu bardziej utrzymanie systemów publicznych niż ich transformację w rynkową alternatywę. Dobrym przykładem jest tutaj reforma systemy opieki zdrowotnej Holandii z 2006 r. Jak wskazuje Marek Gorajek:

Minister Zdrowia Królestwa Holandii, mówiąc o celach wprowadzonej w 2006 r. reformy zdrowia, nie koncentrował się na takich pozycjach, jak stawianie pacjenta w centrum systemu czy poprawa satysfakcji z odbioru systemu zdrowotnego, jak to często słyszymy w dyskusjach naszych polityków. Reformę holenderską wprowadzono po to, aby: „stworzyć szansę na utrzymanie powszechnego dostępu do świadczeń medycznych na poziomie nie odbiegającym istotnie od zakresu sprzed reformy". Krótko mówiąc, jej celem było utrzymanie statusu quo i zapobieżenie pogorszeniu dostępu czy też wyłączeniu sporej grupy obywateli z systemu opieki zdrowotnej.[146]

Efektem ubocznym tych procesów jest więc permanentny monopol (lub quasi-monopol) gdyż państwo dalej rości sobie prawo do działań mających na celu poprawę sytuacji pomimo wcześniejszych niepowodzeń. Takie systemy nie są dobrze przygotowane na poważne zmiany demograficzne społeczeństw, której już przecież mają miejsce.

Często mówi się o nowych wyzwaniach czy celach dla systemów publicznych, ale

---

[144] Z kolei jako przykład próby przełożenia rozwiązań rynkowych na system publiczny można wskazać obowiązek ponoszenia części kosztów bezpośrednio przez ubezpieczonych, co stanowi, w pewnym sensie, *potwierdzeni*e użyteczności rozwiązań rynkowych przez rządzących.

[145] Z punktu widzenia rządów mogły być one określane mianem rynkowych.

[146] M. Gorajek, *Rynek prywatnych usług medycznych w Polsce i na świecie*, w: Z. Guzel, D. M. Fal, A. Lipka (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa. Underwritinig. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne*, Poltext, Warszawa 2013, s. 305.

są to jedynie ładnie brzmiące zabiegi semantyczne. Państwo ze swojej strony może *zaproponować* jedynie kolejne interwencje.

2.1.3. Źródła finansowania

Aby zrealizować założone cele określone instytucje publiczne muszą dysponować odpowiednimi środkami pochodzącymi ze źródeł prywatnych. W tym celu państwo musi określić również na jakich zasadach redystrybucja środków pomiędzy określonymi członkami społeczeństwa ma się odbywać. Jest to też jedna z podstawowych różnic pomiędzy poszczególnymi systemami publicznymi. Już pierwsze dwa z nich różniły się pod tym kątem. W systemie brytyjskim źródłem finansowania powszechnego systemu ochrony zdrowia były podatki a w systemie niemieckim *składki*. Trzecia możliwość to kombinacja dwóch pierwszych opcji. Jednak, z perspektywy ekonomii, forma opodatkowania ma drugorzędne znaczenie. Przede wszystkim liczy się jego wysokość. Dla jednostki ważne jest jakiej ilości środków zostanie pozbawiona oraz co za to może otrzymać. To czy Smithowi odbierane jest np. 2.400 USD rocznie w formie podatku czy składki ma dla niego mniejsze znaczenie (lub nawet żadne) niż sama wysokość daniny. Smith, jeśli nie zgadza się z takim stanem rzeczy, będzie zatem niezadowolony nie tyle z formy opodatkowania, co z jej wysokości.

Niektórzy mogą argumentować jednak, że taka różnica istnieje np. z tytułu uzyskania ulgi podatkowej od pobieranej *składki* dzięki czemu Smith będzie mógł zachować część środków co np. nie byłoby możliwe w przypadku podatku. W gruncie rzeczy jest to jednak potwierdzenie powyższego argumentu. Ulga może spowodować, że od Smitha dalej pobierane jest 2400 USD rocznie na opiekę zdrowotną, ale obniża ona płacone przez niego podatki np. o 1200 USD rocznie.[147] Co jest niezwykle ważne, Smith (lub mówiąc bardziej ogólnie społeczeństwo) zachowa owe 1200 USD rocznie tylko i wyłącznie wówczas, gdy państwo nie zrekompensuje sobie tego ubytku wprowadzeniem nowych podatków lub zaciągnięciem nowych długów. Zatem, system ulg ma sens jedynie wówczas, gdy powoduje zmniejszenie całkowitych wydatków publicznych oraz nie jest przyczyną powstawania nowych deficytów budżetowych. W takiej sytuacji państwo będzie miało mniej środków na realizację swoich innych celów i jeśli nie zrezygnuje z części z nich, to powstaną nowe daniny wyrównujące *starty* powstałe dla budżetu z tytułu ulg. Smith to co zaoszczędzi dzięki uldze utraci poprzez

[147] Poziom wydatków na opiekę zdrowotną pozostaje taki sam.

nowe daniny. W takiej sytuacji redystrybucja dochodów będzie dokonywania już nie tylko poprze *składkę*, ale również poprzez nowe daniny. Jej zasięg będzie się rozszerzał. Nowe daniny, chociaż bezpośrednio nie związane z opieką zdrowotną, w ekonomicznym sensie będą służyły do jej dalszego finansowania na określonym poziomie. Państwo nie jest bowiem zazwyczaj zainteresowane zmniejszeniem całkowitego poziomu wydatków, tzn. godzi się na ulgę, jednocześnie wprowadzając nowe daniny, aby poprzedni poziom całkowitych wydatków został utrzymany. Prowadzi to również do niebezpiecznej sytuacji, w której wydaje się, że koszty opieki zdrowotnej ponoszone przez pojedynczych członków społeczeństwa spadają (dzięki ulgom oraz płatnikom trzeciej strony), co może spowodować jeszcze większy popyt przy stale rosnącym ogólnym poziomie wydatków na opiekę zdrowotną. Dzieje się tak dlatego, że nowe daniny zostają rozproszone na całe społeczeństwo i beneficjenci powszechnych systemów zdrowotnych mogą nawet nie odczuwać ich wzrostu. Ponosząc jedynie ułamek kosztów nie zwraca się dostatecznej uwagi na ich stały wzrost.

Równie mylący może być udział pracodawcy (obowiązkowy lub dobrowolny) w finansowaniu pracownikom dostępu do opieki zdrowotnej. Bez znaczenia jest także to czy jest ona publiczna czy prywatna. W sensie ekonomicznym to pracownicy a nie pracodawca finansują sobie taki dostęp np. poprzez ubezpieczenia. Pracodawca zatrudniając nowego pracownika kieruje się kalkulacją ekonomiczną. Oczekuje, że dodatkowe (krańcowe) przychody związane z jego zatrudnieniem będą wyższe niż dodatkowe (krańcowe) koszty. W przeciwnym wypadku zatrudnienie dodatkowego pracownika nie miałoby dla niego sensu. Jeśli państwo nakłada na pracodawcę obowiązek udziału (np. w wysokości 50% *składki*) w finansowaniu pracownikowi *składki* na ubezpieczenie zdrowotne, to nie prowadzi to do nominalnego wzrostu wynagrodzenia pracownika, uwzględniającego ten udział, tylko do pomniejszenia jego dochodu netto. Jedynie z punktu widzenia przepisów, tzn. *na papierze*, widnieje *udział* pracodawcy. Pracodawca może podwyższyć nominalne wynagrodzenie pracownika tylko wówczas, gdy ograniczy inne koszty np. obniży wynagrodzenia innym pracownikom lub koszty pozostałych czynników produkcji. Również w przypadku grupowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych stanowiących tzw. *pozapłacowe świadczenia pracownicze* pracodawca ponosi ich koszty ze środków, które mógłby przeznaczyć na wyższe wynagrodzenia (lub inne cele). To, że tak się nie

dzieje wynika często z faktu, że pracownikom (i im rodzinom) prywatne grupowe ubezpieczenie zdrowotne, poprzez zakład pracy, daje o wiele lepsze warunki ubezpieczenia niż mogliby uzyskać jako klienci indywidualni. Dla pracowników, przeznaczanie np. 100 USD miesięcznie na takie ubezpieczenie daje większe korzyści niż podwyższenie płacy netto o wspomnianą kwotę. Z kolei, dla pracodawcy, oferowanie takich programów stanowi dodatkową formę konkurencji o pracowników, wpływa na lepsze warunki pracy oraz tym samym, na dobry wizerunek przedsiębiorstwa.

Zwiększanie nakładów na powszechny system ochrony zdrowia może odbywać się również bez wzrostu danin lub zwiększania deficytu. W takiej sytuacji państwo musiałoby jednak ograniczyć wydatki na inne cele. Poszczególne cele jakie stara się realizować państwo są więc względem siebie, w pewnym sensie, konkurencyjne. Rezygnacja z jednego celu kosztem drugiego rodzi jednocześnie opór jednej grupy społecznej oraz poparcie drugiej. Państwo nieustannie stoi zatem przed dylematem realizacji określonych celów kosztem innych. Czy dane środki przeznaczyć na ulepszenie infrastruktury drogowej czy też na opiekę zdrowotną? Jeśli państwo uzna, że należy zwiększyć wydatki np. na opiekę zdrowotną, to musi ustalić na konkretnie jakie cele zostaną przeznaczone dodatkowe środki: na podwyżki płac lekarzy i pielęgniarek czy też może na budowę nowych placówek medycznych? Jednak, nawet w przypadku przypisania środków odpowiednim celom instytucje publiczne nie dysponujące rachunkiem zysków i strat nie będą w stanie poprawnie określić czy dane nakłady są wystarczające czy nie. Bez sądów wartościujących konsumentów nie będzie możliwe sprawdzenie czy dana wysokość podatku lub *składki* nie jest za wysoka, za niska lub odpowiednia. W pierwszych dwóch przypadkach prowadzi to do zwiększania dyskomfortu (pomniejszania użyteczności) jednostek.

W istocie, budżetów jakimi dysponują instytucje publiczne finansujące dostęp do określonych dóbr i usług medycznych nie należy uznawać za wiarygodnie dlatego, że nie są efektem rynkowej kalkulacji ekonomicznej. W uwarunkowaniach rynkowych kalkulacja ekonomiczna możliwa jest dzięki istnieniu cen dóbr finalnych oraz cen czynników produkcji. Na tej podstawie można łatwo określić zyski lub straty oraz podjąć odpowiednie działania w przyszłości. Chociaż ceny wyrażone pieniądzem nie zastępują wartościowania konsumentów, to stanowią dla przedsiębiorców łatwe narzędzie, za pomocą którego, na podstawie rachunku zysków i strat, mogą oni określić czy dobrze

zaspokajają ich potrzeby. Kalkulacja ekonomiczna pozwala również na łatwiejsze podejmowanie inwestycji. Jeśli przedsiębiorca poprawnie przewiduje potrzeby konsumentów, to zaangażowanie określonych czynników produkcji pozwoli mu na osiągnięcie zysków, w przeciwnym wypadku poniesie straty. Nawet jeśli przedsiębiorcy nie zrażają się początkowymi stratami, to nie mogą ich ponosić w nieskończoność. Przeciągające się straty powodują trudną sytuację takich przedsiębiorców i należy to zrozumieć. Powstających na rynku strat nie należy jednak negatywnie odbierać. W ostateczności, są one efektem decyzji konsumentów oraz są sygnałem, że rzadkie zasoby są wykorzystywane w niewłaściwy sposób, to znaczy nie przyczyniają się do lepszego zaspokajania ich potrzeb w tym tych medycznych (zdrowotnych).

Tymczasem budżety instytucji publicznych nie powstają na podstawie niezależnych decyzji konsumentów podejmowanych w oparciu o ceny i środki jakimi ci dysponują. W tym przypadku mówienie o budżetach, przychodach lub kosztach jest dalece nieprecyzyjne. Instytucja taka musi rozdzielić środki jakimi dysponuje na określone cele. Wydatkuje ona środki, ale nie jest to tożsame z ponoszeniem kosztów w warunkach rynkowych. Między innymi, ze względu na sztucznie pobudzony popyt, bardzo trudne jest ustalenie jaka ilość środków powinna zostać skierowana na poszczególne cele. Instytucje publiczne nie posiadają środków (przychodów) dobrowolnie przekazywanych im przez konsumentów. Swoimi odgórnymi decyzjami muszą także zastąpić konsumentów i przede wszystkim, dlatego mają problem z ustaleniem odpowiedniej hierarchii celów oraz wielkości potrzebnych środków. Niezadowolony konsument nie może zrezygnować z płacenia składek ani zaproponować wyższej ceny za lepszą jakość usług. Także decyzje odnośnie inwestycji stają się problematyczne. Nie jest możliwe określenie opłacalności danego projektu ze względu na brak możliwości ustalenia przychodów opartych na cenach.[148] Dlatego pozyskiwanie środków oraz finansowanie za ich pomocą dostępu do określonych dóbr i usług medycznych oraz dokonywanie inwestycji to bardziej działanie po omacku niż racjonalne kierowanie rzadkimi zasobami.

---

[148] E. W. Fuller, *Socialized Medicine: An Accounting Perspective*, 23.07.2018, https://mises.org/wire/socialized-medicine-accounting-perspective (dostęp: 13.09.2018).

2.1.4. Pojęcie i znaczenie zdrowia w wymiarze indywidualnym oraz społecznym

Optymalny poziom dóbr i usług medycznych (zdrowotnych) jaki należy zapewnić poszczególnym jednostkom w celu zachowania ich zdrowia jest bardzo trudny, jeśli nie niemożliwy do ustalenia. Wynika to przynajmniej z trzech powodów. Po pierwsze, nie występuje jasno określona i łatwo dostrzegalna granica pomiędzy zdrowiem a chorobą. Po drugie, na skutek rozwoju medycyny oraz technologii powstają nowe, skuteczniejsze metody leczenia, leki czy sprzęt medyczny, które zwiększają ilość oraz jakość dóbr i usług medycznych (zdrowotnych) i tym samym możliwości wyboru. Po trzecie, zdrowie dla jednostki wcale nie musi być najważniejsze. W związku z tym podejmuje ona decyzje, skutkujące większym lub mniejszym przeznaczeniem rzadkich środków na cele medyczne (zdrowotne). W warunkach rynkowych ma to swoje implikacje między innymi przy powstawaniu oraz rozwoju relacji na linii konsument (pacjent)[149] – lekarz.[150] Pacjent zna swój organizm lepiej niż lekarz. Z kolei lekarz posiada o wiele większą wiedzę medyczną od pacjenta. Pomiędzy dwiema stronami wymiany tworzy się więc specyficzna relacja (więź) dzięki której pacjent lepiej rozumie sens zastosowania się do zaleceń lekarza. Dzięki temu może on szybciej wrócić do zdrowia oraz np. do pracy. Szczególne znaczenie ma w tym wypadku zbudowanie odpowiedniego zaufania do lekarza, a na to potrzeba również czasu. Budowanie zaufania jest tak bardzo istotne, z uwagi na fakt, że pacjent dzieli się z lekarzem swoimi osobistymi informacjami – jest to jednak niezbędne, aby lekarz mógł podjąć skuteczne metody leczenia. W zasadzie każdy przypadek jest szczególny z uwagi na fakt, że ludzie różnią się pomiędzy sobą pod kątem fizjologicznym czy psychologicznym. Należy także podkreślić, że jednym z podstawowych warunków powstania zaufania oraz w dalszej kolejności, odpowiedniej relacji jest dobrowolność zawierania umów.

Zupełnie inaczej wygląda to w powszechnym systemie ochrony zdrowia, który ze swojej natury jest przymusowy. Jak wskazuje Friedrich A. von Hayek:

Upaństwowienie medycyny rodzi tak wiele poważnych problemów, że nie możemy tu wymienić wszystkich ważniejszych. Jest wśród nich jednak jeden problem, którego powagi opinia publiczna nie

[149] Ewentualnie rodzina pacjenta.
[150] Czy szerzej przedstawiciel zawodu medycznego.

dostrzega, a który może okazać się szczególnie ważny. Chodzi tu o nieuniknione przekształcenie lekarzy, którzy byli członkami wolnego zawodu, w płatnych urzędników państwa, którzy muszą przyjmować polecenia władz i w interesie władz mogą być zwalniani z obowiązku tajemnicy lekarskiej. Najgroźniejsze jest to, że w czasach, gdy rozwój wiedzy medycznej daje jej posiadaczom coraz większą władzę nad umysłami ludzi, stają się oni zależni od zunifikowanej organizacji operującej pod jednym kierownictwem i kierującej się tymi samymi racjami państwa, które generalnie rządzą polityką. Lekarz jest absolutnie niezbędny ludziom i ma wgląd w ich najbardziej osobiste sprawy. Sytuacja, gdy staje się on równocześnie przedstawicielem państwa i musi dzielić swą wiedzą ze zwierzchnikami i wykorzystywać ją do celów określanych przez władze, otwiera przerażające perspektywy.[151]

W uwarunkowaniach rynkowych pacjent ma swobodę dysponowania swoimi środkami oraz przy odpowiednich zaleceniach lekarza, przeznaczaniu ich na potrzebne mu dobra i usługi medyczne. Zysk lekarza jest uzależniony od zadowolenia klienta. Tymczasem w przypadku powszechnego systemu ochrony zdrowia lekarz jest zobowiązany do przestrzegania z góry narzuconych mu wytycznych oraz staje przed problemem permanentnego niedoboru środków. Dodatkowe problemy pojawiają się wówczas, kiedy trzeba rozstrzygnąć jakich pacjentów należy w pierwszej kolejności skierować na badania czy leczenie: osoby pracujące (i płacące *składki*) czy też osoby będące w wieku poprodukcyjnym. Z perspektywy publicznego płatnika pierwsza grupa zasila budżet (fundusz) zaś druga jest jedynie konsumentem zebranych środków. Druga grupa oczekuje odpowiedniego traktowania, między innymi z uwagi na fakt, że wcześniej także odprowadzała *składki*. Jednak wysokość *składek* nie była w żaden sposób powiązana z ich ówczesnym stanem zdrowia czy obecnymi potrzebami. Również pierwsza grupa oczekuje należnego jej dostępu do dóbr i usług medycznych. W rynkowym systemie ochrony zdrowia obie grupy czy w zasadzie poszczególne osoby mogą podjąć działania w celu zabezpieczenia swojego zdrowia, które nie kolidują z interesami innych osób. Natomiast, w powszechnym systemie ochrony zdrowia pojawiają się nieuniknione problemy rozdziału środków pomiędzy jego uczestnikami, co w dalszej kolejności może prowadzić do konfliktów społecznych. Druga grupa jest w mniej korzystnej sytuacji, w tym sensie, że potrzeby medyczne (zdrowotne) jej członków są o wiele większe a dodatkowo, jej wkład ekonomiczny w finansowanie

[151] F. A. von Hayek, *Konstytucja wolności*, PWN, Warszawa 2006, s. 294.

tego systemu pozostaje znikomy.[152] Innym problemem jest także zjawisko starzenia się społeczeństw.

Dlatego poszczególne rządy próbują rozwiązać ten problem między innymi poprzez różne formy reglamentacji dostępu do dóbr i usług medycznych, co sprowadza się do arbitralnego ustalania o czyje zdrowie należy zadbać w pierwszej kolejności. Z tej perspektywy więcej argumentów może przemawiać za osobami w wieku produkcyjnym, gdyż dzięki temu mogą oni szybciej wrócić do zdrowia oraz do opłacania *składek*. Takie osoby łatwiej jest przywrócić do zdrowia niż osoby starsze. Dodatkowo, placówki publiczne, np. szpitale, mogą kierować się własnym interesem podczas procesu leczenia pacjentów odbiegającym od warunków rynkowych. Może to mieć swój wyraz np. w sztucznym wydłużaniu okresu przebywania pacjenta w szpitalu, gdyż daje to szpitalom dodatkowe wpływy z funduszu. Inny przykład to presja na skracanie pobytu w szpitalu pacjentom wymagających dłuższego pobytu z uwagi na generowanie przez nich relatywnie wysokich kosztów. W takiej sytuacji nie jest do końca pewne czy za wypisaniem pacjenta stoją tylko i wyłącznie przesłanki medyczne. Naturalnie, rozwiązania rynkowe nie polegają na leczeniu pacjentów bez względu na koszty. Pozwalają one jednak na efektywne dostosowanie potrzebnych, rzadkich środków do popytu, dzięki czemu poszczególni członkowie społeczeństwa mogą lepiej zorientować się w zaistniałej sytuacji i podjąć odpowiednie działania.

[152] Jako przykład kraju, w którym osoby starsze mają utrudniony dostęp do usług medycznych można wskazać Wielką Brytanię.

2.2. Podstawowe modele systemu ochrony zdrowia

2.2.1. Model ubezpieczeniowy – niemiecki

Pierwszy powszechny (publiczny) system ochrony zdrowia powstał w Cesarstwie Niemieckim w II połowie XIX w. z inicjatywy ówczesnego Kanclerza Otto von Bismarcka, dlatego też model ten często nazywa się Bismarckowskim. Co ważne, jego stworzenie i wprowadzenie było związane bardziej z pobudek politycznych niż społecznych. Jednym z celów Bismarcka, poprzez wprowadzenie pakietu reform społecznych, było bowiem wytrącenie argumentów szukającym poparcia społecznego, opozycyjnym ugrupowaniom lewicowym dążącym do ich zainicjowania. Ponadto, z perspektywy państwa, istotne było wytworzenie poczucia pewnej więzi pomiędzy nim a obywatelami. Jak wskazuje Antony P. Mueller:

> *Polityka społeczna była przede wszystkim polityką narodową, a system zabezpieczenia społecznego był głównie instrumentem, który odciągał robotników od systemów prywatnych i komunitarnych w ramiona państwa. W oczach Bismarcka to państwo stworzyło jedność narodową i ten czynnik był również potrzebny, aby utrzymać jedność społeczną poprzez system wzajemnych zobowiązań między państwem a jego obywatelami*.[153]

Na początku model ten nie obejmował całego społeczeństwa. Objęci nim byli robotnicy przemysłowi, którzy na skutek choroby lub wypadku[154] nie mogli na pewien czas lub trwale dalej wykonywać pracy i tym samym utrzymywać rodziny. Aby przeciwdziałać skutkom tego typu niepożądanych zdarzeń byli oni zobowiązani do przymusowego opłacania składek, które następnie trafiały do dysponujących nimi quasi-ubezpieczeniowych instytucji – kas chorych. Instytucje te gromadziły środki pozyskane ze składek i finansowały dostęp do potrzebnych usług medycznych (zdrowotnych) swoim członkom (ubezpieczonym). Wysokość składek była stosunkowo niska i wynosiła nie więcej niż kilka procent wynagrodzenia pracownika. Przystąpienie

[153] A. P. Mueller, *Bye-bye Bismarck*, 24.07.2003, https://mises.org/library/bye-bye-bismarck (dostęp: 17.09.2018).

[154] Obowiązkowe ubezpieczenia chorobowe obejmujące robotników wprowadzono w 1883 r. a ubezpieczenia wypadkowe rok później.

do danej kasy chorych odbywało się między innymi na podstawie miejsca zamieszkania czy wykonywanego zawodu. Z czasem poszczególne kasy chorych zaczęły się łączyć w celu zachowania większej stabilności czy ograniczenia kosztów administracyjnych.

Wiele powszechnych systemów ochrony zdrowia krajów europejskich tworzonych w I połowie XX w. było wzorowanych na modelu niemieckim. Także od swoich początków do czasów współczesnych rozwiązania w poszczególnych krajach, podobnie jak model niemiecki, zmieniały się. Pomimo tego, że nie są one w stu procentach identyczne co model niemiecki, to zachowują niektóre charakterystyczne dla niego rozwiązania takie jak: występowanie instytucji quasi-ubezpieczeniowych (kas chorych), obowiązek opłacania składek przez pracowników czy udział pracodawcy w opłacaniu składek. Do krajów europejskich, po części wzorujących się na modelu niemieckim, zaliczyć można między innymi: Belgię, Holandię, Szwajcarię, Francję czy Polskę.

Co ciekawe, czasami zwolennicy rozwiązań rynkowych spotykają się z argumentem o nierealności wprowadzenia rozwiązań rynkowych z uwagi na fakt, że rynkowe systemy ochrony zdrowia nie funkcjonują obecnie w żadnym kraju. Jednak pytanie: *gdzie takie (rynkowe) rozwiązania zostały już wprowadzone?* można także wykorzystać podczas dyskusji nad zasadnością utworzenia modelu niemieckiego – pierwszego powszechnego systemu ochrony zdrowia w historii. Kwestią rozstrzygającą powinna być zatem dyskusja nad społeczno-ekonomicznymi skutkami funkcjonowania tych systemów niż sama długa historia ich istnienia.

Rezultaty wprowadzenia takich rozwiązań przez Bismarcka były jednak dalekie od oczekiwań i *de facto* niczym nie różniły się od problemów współczesnych systemów. Przykładowo, pomimo ciągłej konsolidacji kas chorych (ubezpieczalni) ich koszty administracyjne wzrosły o 288% w latach 1913-1929. Także środki pozyskiwane ze składek okazywały się być trwale niewystarczające w stosunku do wydatków. Łączne składki otrzymane przez kasy chorych od pracowników i pracodawców w 1929 r. były o 375% wyższe niż w 1913 r. Z kolei wzrost świadczeń (wydatków) w tym samym okresie wyniósł 406%. Czynniki te przyczyniły się także do wzrostu subsydiów rządowych o 270% w latach 1924-1929.[155]

---

[155] R. M. Ebeling, *National Health Insurance and the Welfare State*, w: J. G. Horbenger, R. M. Ebeling (red.), *The Dangers of Socialized Medicine*, The Future of Freedom Foundation, USA 1994, s. 41.

Ponadto, wydłużeniu uległ czas pozostawiania na zwolnieniu lekarskim – z 14,1 dni w 1895 r. do 29,9 dni w 1930 r. Zauważalna była także wyższa „zachorowalność" w weekendy czy w święta Bożego Narodzenia oraz w Nowym Roku – zwłaszcza w tych ubezpieczalniach, które nie wymagały 4-dniowego okresu choroby. W 1913 r. wprowadzono również bardziej ujednolicony system płatności dla lekarzy, który ustanowił zbliżone wysokości opłat za podobne usługi. Tym samym pobieranie wyższych opłat od pacjentów o wyższych dochodach i dobrowolne subsydiowanie tych biedniejszych zostało zakazane. Od tego momentu wynagrodzenie lekarzy zależało od ilości a nie jakości przeprowadzonych usług. Miało to także wpływ na przepisywanie przez lekarzy większej ilości zwolnień lekarskich w obawie przed utratą części dochodów. Niektóre szacunki podają, że pod koniec lat 20-tych XX w. nawet 80% wszystkich lekarzy pracowało w ramach obowiązkowego systemu ubezpieczeniowego i 60% ich łącznych zarobków pochodziło właśnie z tego źródła.[156]

[156] Ibidem, s. 41.

2.2.2. Model zaopatrzeniowy – brytyjski

W odróżnieniu od modelu niemieckiego, jego brytyjski odpowiednik funkcjonuje na innych zasadach. Ramy tego modelu, który wszedł w życie w 1948 r., zostały nakreślone przez jego pomysłodawcę, lorda Beveridge'a, w raporcie z 1942 r. Co interesujące, przy pracach nad jego kształtem nie wzorowano się jednak na modelu niemieckim, lecz na modelu socjalistycznym (Siemaszki), który funkcjonował w ZSRR.[157]

W modelu zaopatrzeniowym, zwanym również modelem Beveridge'a, opieka zdrowotna nie stanowi integralnej części systemu ubezpieczeń społecznych. Nie jest także finansowana ze *składek ubezpieczeniowych*, lecz z podatków (środki budżetowe).

Za wydatkowanie środków budżetowych odpowiada Narodowa Służba Zdrowia (ang. *National Health Service,* NHS), która rozdziela je pomiędzy poszczególne podmioty. Podmioty świadczące usługi medyczne (np. szpitale) w większości nie są prywatne, lecz publiczne. Struktura organizacyjna modelu brytyjskiego jest także bardziej scentralizowana, a poszczególne podmioty podlegają wytycznym ustalanych przez NHS lub inne publiczne instytucje.

Ważną cechą determinującą kształt i funkcjonowanie modelu brytyjskiego było założenie o zagwarantowaniu każdemu obywatelowi nieodpłatnego dostępu do szerokiego zakresu dóbr i usług medycznych. Wynikało to między innymi z chęci zdjęcia ze społeczeństwa ekonomicznego ciężaru ponoszenia dużych kosztów na leczenie. Niewątpliwie model zaopatrzeniowy, w momencie jego implementacji, miał pod tym kątem bardziej ambitne założenia niż model ubezpieczeniowy (niemiecki).

Jednak, również i w tym przypadku polityka zdrowotna (czy szerzej społeczna) miała za zadanie budowanie pozytywnego wizerunku państwa w oczach Brytyjczyków oraz wytworzenie pewnego rodzaju solidarności społecznej. Uczestnictwo w tym modelu jest również obowiązkowe co między innymi miało zagwarantować odpowiednią ilość środków do dyspozycji NHS. Ponadto, każdy obywatel, bez względu na wykonywany zawód, status społeczny czy zarobki miał, z założenia, zapewniony taki sam dostęp do opieki zdrowotnej. Każdy posiadał do niej takie same prawo.

---

[157] M. Paszkowska, *System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu*, „Problemy Zarządzania" 2017, nr 3, s. 29.

Jako kraje w większym lub mniejszym zakresie wzorujące się na rozwiązaniach brytyjskich można wskazać: Danię, Szwecję, Norwegię, Finlandię, Włochy, Hiszpanię, Portugalię czy Kanadę.

2.2.3. Model socjalistyczny – radziecki

Model socjalistyczny, inaczej zwany modelem Siemaszki, funkcjonował w ZSRR od lat 20-tych XX w. Był to pierwszy system obejmujący swoim zasięgiem wszystkich obywateli. Jego podstawowym założeniem była opieka zdrowotna zapewniana tylko i wyłącznie przez państwo, które poprzez centralne i regionalne instytucje zarządzało środkami przeznaczonymi na świadczenia medyczne. Model ten posiadał bardzo scentralizowaną strukturę, w ramach której za dostęp do dóbr i usług medycznych oraz leczenie odpowiadały podmioty publiczne. Każdy pacjent był przypisywany do lokalnych lub regionalnych placówek medycznych na podstawie miejsca zamieszkania. Ponadto, pacjenci nie ponosili żadnych (lub relatywnie niewielkie) wydatków bezpośrednich związanych z dostępem do świadczeń medycznych. Wyjątek stanowiły leki. Bardzo odczuwalny był brak dostępu do wyspecjalizowanych i zaawansowanych świadczeń medycznych. Immanentną cechą tego systemu były również powszechne łapówki jako sposób na otrzymanie lepszego dostępu do opieki zdrowotnej.[158]

Co ważne model Siemaszki, w odróżnieniu od modelu niemieckiego i brytyjskiego, nie funkcjonował w otoczeniu gospodarki rynkowej. Centralnemu planowaniu podlegała bowiem cała gospodarka, a nie tylko poszczególne jej części. Własność prywatna nie istniała, tak samo jak ceny pieniężne czy prywatny kapitał. Nie występowały także rynkowe alternatywy z których obywatele mogli skorzystać, jeśli powszechny system ochrony zdrowia nie spełniał ich oczekiwań. W istocie, system ten był podporządkowany nadrzędnym celom gospodarczym.[159] Pracownicy wchodzący w skład struktury organizacyjnej tego systemu pełnili funkcję bardziej podobną do chłodnych biurokratów niż do pracowników mających na pierwszym miejscu dobro pacjenta. Fatalne dla społeczeństwa skutki funkcjonowania tego systemu dobrze oddaje Yuri N. Maltsev, były członek zespołu ekonomistów, którzy pracowali nad pakietem reform gospodarczych za prezydentury Gorbaczowa (tzw. *pieriestrojka*):

---

[158] A. Windak, P. van Hasselt, *Primary care and general practice in Europe: Central and East*, w: R. Jones i in. (red.), *Oxford Textbook of Primary Medical Care*, Oxford University Press, Nowy Jork 2005, s. 70.

[159] Więcej na ten temat zob. G. Field, *Doctor and Patient in Soviet Russia*, Harvard University Press, Cambridge 1957.

(...) *rządowi biurokraci i funkcjonariusze partii komunistycznej już w 1921 r. (trzy lata po Leninowskiej nacjonalizacji medycyny) zdali sobie sprawę, że egalitarny model służby zdrowia był dobry jedynie dla ich własnych interesów jako dostawców, zarządców i dystrybutorów — ale nie jako prywatnych użytkowników systemu.*

Także, tak jak w każdym państwie z państwową służbą zdrowia, stworzono system dwupoziomowy: jeden dla „szarych mas" i drugi, z całkowicie różnym poziomem usługi, dla biurokratów i ich intelektualnych sług. W ZSRR, gdy robotnicy i chłopi umierali w państwowych szpitalach, często sprzęt i leki, które mogły uratować ich życia, leżały nieużywane w ośrodkach nomenklatury.

U schyłku tego socjalistycznego eksperymentu oficjalna śmiertelność niemowląt w Rosji była ponad 2,5 razy większa niż w Stanach Zjednoczonych i ponad pięciokrotnie większa od tej w Japonii. (...)

Po 70 latach socjalizmu 57 proc. rosyjskich szpitali nie miało bieżącej ciepłej wody, a 36 proc. szpitali w regionach wiejskich nie miało w ogóle wody ani kanalizacji. Czyż nie jest zdumiewające, że socjalistyczny rząd, który rozwijał program badań kosmosu i tworzył wymyślną broń, kompletnie ignorował podstawowe potrzeby swoich obywateli?[160]

Ważna lekcja jaką powinny wynieść pozostałe kraje z doświadczeń ZSRR powinna polegać na uświadomieniu sobie, że podstawą dla efektywnego dostarczania społeczeństwu dóbr i usług medycznych są rozwiązania rynkowe, a rola państwa, zarówno w systemie ochrony zdrowia jak i gospodarce jako całości, powinna być ograniczana a nie rozszerzana. Do krajów Europy Środkowo-Wschodniej, które po II Wojnie Światowej znalazły się pod wpływem politycznym i gospodarczym ZSRR i przyjęły model Siemaszki zaliczyć można między innymi: Polskę, Węgry czy Czechosłowację. Jednak w latach 90-tych XX w., po upadku ZSRR, zaczęły one odchodzić od tego modelu na rzecz rozwiązań bardziej zdecentralizowanych i prywatnych.

[160] Y. N. Maltsev, *Czego uczy nas sowiecka medycyna?*, 20.07.2012, http://mises.pl/blog/2012/07/20/maltsev-czego-uczy-nas-sowiecka-medycyna/ (dostęp: 19.09.2018).

2.2.4. Model „rynkowy" – amerykański

Model socjalistyczny (Siemaszki) jest ciekawym przykładem, kiedy rzeczywisty kształt powszechnego systemu ochrony zdrowia praktycznie nie odbiega od jego założeń koncepcyjnych. Również systemy funkcjonujące w Niemczech lub Wielkiej Brytanii, pomimo pewnych zmian jakim one podlegały, wiernie nawiązywały do teoretycznych założeń modelu ubezpieczeniowego oraz zaopatrzeniowego. Tymczasem przypadek modelu „rynkowego" (lub inaczej rezydualnego) jest zupełnie inny. Jako przykład kraju, w którym ten system funkcjonuje wskazuje się Stany Zjednoczone Ameryki Północnej. Jednak współczesny obraz amerykańskiego systemu ochrony zdrowia oraz historia jego przemian pokazują, że model ten powinien być nazwany bardziej (silnie) interwencjonistycznym niż rynkowym (rezydualnym).[161]

Z założenia, w modelu tym, rola państwa jest ograniczona jedynie do zapewniania dostępu do świadczeń medycznych tylko niektórym grupom społecznym np. osobom ubogim. Pozostała część społeczeństwa podejmuje działania w celu zapewnienia sobie dostępu do tych świadczeń na rynku. W modelu rynkowym (rezydualnym) istotną rolę odgrywa więc wolność wyboru i tym samym odpowiedzialność konsumenta (pacjenta) za swoje decyzje. Wybór oferty rynkowej często sprowadza się do nabycia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego (np. grupowego – oferowanego w zakładzie pracy czy indywidualnego) lub gromadzenia oszczędności na poczet przyszłych wydatków medycznych (zdrowotnych). Producenci (dostawcy) dóbr i usług medycznych konkurują między sobą o klienta przede wszystkim poprzez cenę i jakość. Dzięki niezakłóconym procesom rynkowym możliwe jest powstanie naturalnej (rynkowej) relacji pomiędzy płatnikami trzeciej strony (prywatne ubezpieczenia zdrowotne, abonamenty medyczne czy instytucje charytatywne) a płatnościami bezpośrednimi dzięki czemu, poprzez system cen, społeczeństwo może w miarę łatwo zorientować się o dostępności danych dóbr i usług oraz konsekwencjach (zwłaszcza ekonomicznych) braku posiadania ubezpieczenia zdrowotnego. Ogólne założenia tego modelu są bardzo bliskie opisowi rynkowego systemu ochrony zdrowia, który został przedstawiony w rozdziale 1.

---

[161] Stąd wyrażenie: model „rynkowy" - amerykański, częściowo zostało przedstawione w cudzysłowie.

Przedstawiony powyżej model jest jednak bardzo daleki od obecnego kształtu i zasad funkcjonowania amerykańskiego systemu ochrony zdrowia. O ile, w XIX w., państwo nie ingerowało za bardzo w procesy rynkowe, to już od początku XX w. (a zwłaszcza od połowy lat 60'tych) nastąpiły radykalne zmiany w polityce zdrowotnej. Pojawiło się wówczas bardzo wiele instytucji publicznych oraz restrykcji obejmujących rynkowy system ochrony zdrowia, a w szczególności regulacje: uczelni medycznych, leków i sprzętu medycznego, rynku ubezpieczeń zdrowotnych oraz towarzystw ubezpieczeniowych czy rządowe programy opieki zdrowotnej przeznaczonej dla osób ubogich oraz starszych (Medicaid oraz Medicare). Na przestrzeni kolejnych dekad zakres tych interwencji był coraz szerszy oraz pochłaniał zdecydowanie więcej środków niż pierwotnie planowano. Jednak, pomimo tego w USA nie powstał system jednego płatnika (jak np. w Wielkiej Brytanii), który poprzez centralny fundusz rozdzielałby środki według odgórnie przyjętych wytycznych. Także wcześniejsze próby utworzenia obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych (*Mandatory Health Insurance*, MHI) na wzór państw europejskich kończyły się niepowodzeniem między innymi z uwagi na brak dostatecznego poparcia społecznego.

Współczesny system ochrony zdrowia w USA, pomimo relatywnie znacznego udziału środków prywatnych w finansowaniu dostępu do usług medycznych to system silnie interwencjonistyczny z dominującą rolą rządu federalnego lub rządów stanowych. Jest to zatem system bardzo odbiegający od założeń prawdziwego modelu rynkowego.

2.3. Charakterystyka i funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia w wybranych krajach

2.3.1. Szwajcaria

W centrum Europy, jest mały kraj Szwajcaria, którą natura wyposażyła bardzo ubogo. Nie ma kopalń węgla, nie ma minerałów i żadnych naturalnych bogactw. Ale jej mieszkańcy, poprzez wieki, nieprzerwanie prowadzili kapitalistyczną politykę. Osiągnęli najwyższy standard życia w kontynentalnej Europie i ich kraj wybija się jako jeden z centrów cywilizacji świata.[162]

Tymi słowami Mises w latach 50-tych XX w. krótko opisał Szwajcarię, która do dzisiaj uchodzi za kraj zamożny, o wysokim poziomie życia. Chociaż obecne określenie państwa czy prowadzonej przez nie polityki mianem „liberalnej" nie oznacza już tego samego co np. w XIX w., to Szwajcaria nie podążyła w kierunku nadmiernego interwencjonizmu czy kreowania państwa opiekuńczego w takiej skali, jak to miało miejsce np. w Szwecji. Jednak współcześnie, nawet w krajach z silnymi tradycjami liberalnymi pojawiają się próby zwiększenia roli państwa w imię wyższego celu czy dobra społeczeństwa. Tak było i w Szwajcarii, gdzie pod koniec września 2014 r. odbyło się referendum w sprawie zmiany dotychczasowego systemu ochrony zdrowia na system jednego płatnika, którym miało być państwo. Odrzucenie przez Szwajcarów takiej możliwości, stosunkiem głosów 62% „przeciw" do 38% „za",[163] skłania do bliższego zapoznania się ze szwajcarskim systemem ochrony zdrowia.

System ochrony zdrowia funkcjonujący w Szwajcarii częściowo zakwalifikować można do modelu ubezpieczeniowego, w którym rolę głównego regulatora, pełni państwo. Jednak w odróżnieniu od innych państw (np. Szwecji, Niemiec czy Wielkiej Brytanii) stopień tych ingerencji jest w kilku obszarach mniejszy lub minimalny, co pozwala na swobodniejsze kształtowanie się rynku poprzez indywidualne decyzje podejmowane przez jego uczestników oraz znaczącą rolę jaką pełnią prywatni dostawcy usług medycznych. Pacjent w szwajcarskim systemie opieki zdrowotnej to nie tylko

[162] L. von Mises, *Ekonomia i polityka. Wykład elementarny*, Fijorr Publishing, Warszawa 2006, s. 109.
[163] M. Druś, *Szwajcarzy nie chcą publicznego ubezpieczenia zdrowotnego*, 29.09.2014, https://www.pb.pl/szwajcarzy-nie-chca-publicznego-ubezpieczenia-zdrowotnego-769592 (dostęp: 27.07.2017).

petent, któremu przysługuje prawo do powszechnej opieki zdrowotnej. Według prof. Reginy Herzlinger z Uniwersytetu Harvarda system szwajcarski to system opieki zdrowotnej kierowany przez konsumenta (*consumer-driven health care*), gdzie kontrola konsumentów nagradza innowacyjnych ubezpieczycieli i dostawców za tworzenie wysokiej jakości tanich usług, których oni oczekują.[164]

Wydatki na ochronę zdrowia w 2015 r. stanowiły 11,5% PKB Szwajcarii, z czego wydatki publiczne wyniosły 7,8%, a wydatki prywatne 3,7%. Jest to najwyższy udział wydatków na ochronę zdrowia w stosunku do PKB w Europie. Nieco mniej w 2015 r. na ochronę zdrowia przeznaczyły Niemcy oraz Szwecja (po 11,1%). Z kolei średnia dla 28 krajów UE wyniosła 9,9% (7,8% – wydatki publiczne, 2,1% wydatki prywatne).[165] Sytuacja przedstawia się podobnie, jeśli chodzi o wydatki na ochronę zdrowia per capita. W 2015 r. dla Szwajcarii wskaźnik ten wyniósł 5.354 euro (3.637 euro – wydatki publiczne, 1.717 euro wydatki prywatne)[166]. Średnia dla 28 krajów UE wyniosła natomiast 2.781 euro (2.177 euro – wydatki publiczne, 604 euro – wydatki prywatne). Następne w kolejności są Norwegia (4.681 euro) oraz Niemcy (4.003 euro)[167].

Struktura finansowania dostępu do usług medycznych w Szwajcarii nie jest jednolita. W 2014 r. największy udział (47%) miało obowiązkowe (powszechne) ubezpieczenie zdrowotne (*compulsroy health insurance*). Pozostałe formy finansowania to: wydatki ze środków budżetowych (*government schemes*) – 19%, wydatki bezpośrednie (*out-of-pocket*) –
27% oraz prywatne (dobrowolne) ubezpieczenia zdrowotne (*voluntary health insurance*) – 7%. Środki publiczne (*compulsroy health insurance* oraz *government schemes*) stanowiły łącznie 22% wszystkich wydatków budżetowych[168].

Od 1996 r. ubezpieczenie zdrowotne w Szwajcarii jest obowiązkowe (zdefiniowany został tzw. *gwarantowany koszyk świadczeń podstawowych*). Składki opłacane są indywidualnie przez ubezpieczonych, którzy według własnych preferencji

---

[164] R. Herzlinger, *Consumer-driven health care. Implications for providers, payers and policy makers*, Jossey-Bass, San Fransisco 2004, s. XVII.

[165] OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paryż 2016, s. 117.

[166] I był, ponownie, najwyższy w Europie pomijając Luksemburg (6.023 euro).

[167] OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2016, s. 115.

[168] Ibidem, s. 123.

(bez udziału pracodawcy) decydują o wyborze ubezpieczyciela działającego w ich kantonie. Koszyk świadczeń podstawowych jest ściśle zdefiniowany i nie może być dobrowolnie modyfikowany przez podmioty prywatne. Dodatkowo ubezpieczyciele nie mogą osiągać zysków na ubezpieczeniach obowiązkowych oraz odmówić osobie występującej o ubezpieczenie możliwości objęcia ochroną ubezpieczeniową. Sama wysokość składki nie jest odgórnie określana, jednak ubezpieczyciele muszą określać stałą składkę dla poszczególnych grup wiekowych oraz regionów – jej wysokość nie zależy bowiem od dochodów ubezpieczonego, ale od jego wieku. Wyróżnia się trzy grupy wiekowe: 0-18 ("taryfa dziecięca"), 19-25 ("taryfa młodzieżowa"), 26 i więcej ("taryfa dla dorosłych"). Przykładowo, średnia miesięczna składka w 2012 r. dla osoby dorosłej ubezpieczonej w ramach programu podstawowego ze standardową franszyzą (współpłaceniem) wynosi 382 CHF[169].

W przypadku uznania składek za zbyt wysokie zostają one odrzucone[170]. Dla osób posiadających relatywnie niskie dochody składka może zostać dofinansowana ze środków publicznych. Szacuje się, że 40 procent wszystkich szwajcarskich gospodarstw domowych i jedna trzecia populacji otrzymała taką pomoc[171].

Kolejnym istotnym elementem szwajcarskiego systemu ochrony zdrowia jest tzw. *system wyrównywania ryzyka*. Celem jego funkcjonowania jest niwelowanie różnic w kosztach świadczeń ponoszonych przez ubezpieczycieli. Różnice te są zaś generowane niejednolitymi profilami ryzyka zdrowotnego ubezpieczonych. Firmy ubezpieczeniowe z korzystniejszą strukturą ryzyka zdrowotnego (posiadające więcej tzw. dobrych rodzajów ryzyka) płacą określone kwoty pieniężne, które są gromadzone we wspólnym funduszu, po czym przekazywane w ramach kompensat dla ubezpieczycieli charakteryzujących się mniej korzystną strukturą ryzyka[172]. System ten stanowi kolejne znaczące ograniczenie działalności ubezpieczycieli.

---

[169] M. M. Kozber, M. Osak, *Współpłacenie bezpośrednie w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego – doświadczenia Szwajcarii*, "Problemy Zarządzania" 2013, nr 1, s. 100-101.

[170] T. S. Jost, *The experience of the Switzerland and the Netherlands with individual health mandates: a model for the United States?*, brak daty, http://law2.wlu.edu/deptimages/Faculty/Jost%20The%20Experience%20of%20Switzerland%20and%20the%20Netherlands.pdf (dostęp: 28.07.2017).

[171] R. E. Leu i in., *The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets*, Commonwealth Fund, Waszyngton 2009, s. 3.

[172] M. M. Kozber, M. Osak, *Współpłacenie bezpośrednie w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego – doświadczenia Szwajcarii*, "Problemy Zarządzania" 2013, nr 1, s. 101.

W Szwajcarii występuje ponadto bardzo złożony system opłacania kosztów opieki medycznej bezpośrednio przez pacjentów. Jego podstawową częścią jest roczna franszyza redukcyjna wynosząca 300 CHF (nie obejmuje ona dzieci). Ubezpieczony ma jednak możliwość jej podwyższenia przy jednoczesnym obniżeniu składki. Wybierając roczną franszyzę w wysokości 2500 CHF[173], ubezpieczony płaci co miesiąc około 200 CHF składki, w zależności od wybranej kasy chorych i regionu. W przypadku wyboru rocznej franszyzy w wysokości 300 CHF comiesięczna składka wynosi około 400 CHF[174]. Gdy ubezpieczony ponosi skumulowane koszty powyżej poziomu franszyzy wtedy większość kosztów (90%) jest porywana przez program ubezpieczeniowy. Reszta (10%) dalej jest opłacana przez ubezpieczonego do limitu 600 CHF (300 CHF dla dzieci). Pacjenci ponoszą również dodatkowe koszty związane z hospitalizacją oraz ratownictwem medycznym. Za poradę lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalisty, lekarza dentysty, leczenie stacjonarne w szpitalu należy uiścić opłatę ryczałtową w wysokości 33 CHF (osoby poniżej 18 r. ż.) lub 92 CHF (osoby powyżej 18 r. ż.). Wniesiona opłata daje prawo do korzystania ze wszystkich świadczeń przez kolejnych 30 dni. Dodatkowo, koszty hospitalizacji wynoszą 15 CHF dziennie, z tej opłaty zwolnione są dzieci i osoby do 25 roku życia, o ile kontynuują naukę. Pacjentki korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej związanych z macierzyństwem są zwolnione z opłat[175]. Warto zaznaczyć, że w przypadku hospitalizacji koszty współpłacenia za pobyt w szpitalu nie są wliczane do limitu współubezpieczenia (10% po przekroczeniu franszyzy do limitu 600 CHF dla osoby dorosłej). Stanowią one zatem dodatkowe obciążenie dochodów pacjenta.[176]

Nieco ponad połowa szpitali ogólnych jest publiczna lub prywatna (nie nastawiona na zysk – *non-profit*). Z kolei około 60% szpitali specjalistycznych stanowią jednostki nastawione na zysk. Doraźna opieka szpitalna jest zapewniana przez szpitale ogólne oraz specjalistyczne. Szpitale publiczne oraz prywatne (subsydiowane, nie nastawione na zysk) stanowią około 70%. Pozostałe 30% to szpitale prywatne

[173] Co stanowi jej limit maksymalny.

[174] J. Figura, *System ochrony zdrowia w Szwajcarii – doświadczenia i rekomendacje dla Polski*, "Polityka i Społeczeństwo" 2016, nr 3, s. 147.

[175] NFZ, brak daty, https:// www.ekuz.nfz.gov.pl/wypoczynek/wyjezdzam-do/szwajcaria (dostęp: 28.07.2017).

[176] M. M. Kozber, M. Osak, *Współpłacenie bezpośrednie w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego – doświadczenia Szwajcarii*, "Problemy Zarządzania" 2013, nr 1, s. 104.

specjalizujące się w takich obszarach jak: chirurgia, ginekologia czy pediatria. Większość usług ratowniczych jest świadczonych przez publiczne lub dotowane szpitale typu non-profit[177].

Oprócz ubezpieczenia podstawowego istnieje możliwość nabycia ubezpieczenia dodatkowego (komplementarno-suplementarnego), które jest dobrowolne, a odnosi się do opieki zdrowotnej spoza pakietu podstawowego (obowiązkowego) lub umożliwia wyższy standard leczenia, niedostępny w pakiecie podstawowym. Ubezpieczyciele mogą w tym przypadku stosować selekcję ryzyka i dostosowywać składki do ryzyka wnoszonego przez ubezpieczonego lub w ostateczności odmówić przyjęcia do danego programu zdrowotnego. Ubezpieczenie dodatkowe zawiera w swoim zakresie między innymi: większość usług związanych z opieką stomatologiczną, możliwość wyboru każdego szpitala w przypadku leczenia "podstawowego", zapewnienie większego komfortu oraz prywatności podczas leczenia w postaci pokoju jednoosobowego, dostęp do konsultacji z najbardziej doświadczonymi lekarzami oraz tak zwany *pakiet dla niepalących* umożliwiający otrzymanie nawet 20% zniżki (od momentu jego wprowadzenia w 1995 r. perspektywa niższych składek przyciągnęła około 30% nowych ubezpieczonych).[178]

Innym rodzajem dodatkowego ubezpieczenia jest ubezpieczenie związane z otrzymywaniem przez pracownika benefitów pieniężnych podczas jego choroby lub hospitalizacji (tzw. *daily cash-benefit insurance).* Ten rodzaj ubezpieczenia jest zawierany przez pracodawców i wspomaga ich w wypłacie wynagrodzenia pracownikowi podczas jego leczenia[179]. Od 2001 r. ubezpieczenia dodatkowe nie dają natomiast możliwości uniknięcia lub zredukowania kosztów ponoszonych przez ubezpieczonego w pakiecie podstawowym (obowiązkowym)[180]. Pomimo tego warto zaznaczyć, że prawie 40% społeczeństwa w Szwajcarii zdecydowało się na nabycie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego[181].

---

[177] C. De Pietro i in., *Switzerland: Health system review*, "Health Systems in Transition" 2015, nr 17, s. 125, 170.

[178] C. Daley, J. Gubb, *Healthcare systems: Switzerland*, CVITAS Institute for the Study of Civil Society, Londyn 2007, s. 5.

[179] OECD/WHO, *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*, OECD Publishing, Paryż 2011, s. 40.

[180] Ibidem, s. 40.

[181] J. Figura, *System ochrony zdrowia w Szwajcarii – doświadczenia i rekomendacje dla Polski*, "Polityka i Społeczeństwo" 2016, nr 3, s. 147.

Według corocznego rankingu *EuroHealth Consumer Index* oceniającego europejskie systemy ochrony zdrowia, w 2016 r. system szwajcarski kolejny raz zajął wysoką, drugą lokatę ustępując jedynie Holandii[182]. Szwajcaria otrzymała maksymalną liczbę punktów w kategorii "Dostępność do usług medycznych" (czas oczekiwania na leczenie). Wynika to między innymi z relatywnie wysokiej liczbie lekarzy (4,4) przypadającej na 1.000 osób przy średniej 3,5 dla 28 krajów UE. Podobnie jest w przypadku pielęgniarek, gdzie wskaźnik ten jest najwyższy w Europie (17,4) przy średniej 8,4 dla 28 krajów UE[183]. Szwajcarii dane wyniki udaje się uzyskać dzięki częściowo wdrożonym quasi-rynkowym rozwiązaniom oraz znacznym środkom przeznaczanym na ten cel, co jest to możliwe między innymi z uwagi na relatywnie liberalną politykę gospodarczą.

Potwierdzają to rankingi wolności gospodarczej takie jak: *Economic Freedom of the World* publikowany przez Instytut Frasera (W 2014 r. Szwajcaria zajęła w nim 4 miejsce z wynikiem 8,25/10)[184] oraz *Index of Economic Freedom* publikowany przez Heritage Foundation. W 2017 r. Szwajcaria zajęła w nim 4 miejsce z wynikiem 81,5/100)[185]. W pewnym uproszczeniu można zatem stwierdzić, że chociaż szwajcarski system ochrony zdrowia jest kosztowny, to kraj ten może sobie na to pozwolić dzięki bardziej liberalnym rozwiązaniom w innych obszarach gospodarki.

Pomimo względnie dobrych wyników należy również zwrócić uwagę na pewne istotne problemy szwajcarskiego systemu ochrony zdrowia, które są charakterystyczne dla systemów publicznych. Pierwszym z nich są stale rosnące składki (5% rocznie) finansujące *gwarantowany koszyk świadczeń podstawowych* pomimo relatywnie wysokiej partycypacji ubezpieczonych.[186]

Warto także zwrócić uwagę na fakt, że Szwajcaria zajmuje drugie miejsce za Stanami Zjednoczonymi Ameryki, jeśli chodzi o zwiększanie wydatków na ochronę

---

[182] Health Consumer Powerhouse, *EuroHealth Consumer Index 2016 Report*, Health Consumer Powerhouse Ltd., UE 2017, s. 27.

[183] OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2016, s. 159, 161.

[184] J. Gwartney, R. Lawson, J. Hall, *Economic Freedom of the World: 2016 Annual Report*, Fraser Institute, brak miejsca wydania 2016, s. 8.

[185] T. Miller i in., *2017 Index of Economic Freedom*, The Heritage Foundation, brak miejsca wydania 2017, s. 4.

[186] C. Daley, J. Gubb, *Healthcare systems: Switzerland*, CVITAS Institute for the Study of Civil Society, Londyn 2007, s. 6.

zdrowia *per capita* od 1985 r.[187] Wynika to między innymi z faktu stałego rozszerzania zakresu świadczeń oraz wielu regulacji bardzo ograniczających możliwość obniżenia składek przez ubezpieczycieli (np. obowiązek przyjęcia do ubezpieczenia każdej osoby). Kolejnym, istotnym problemem jest brak lub bardzo ograniczone możliwości osiągania zysków przez podmioty prywatne oferujące *gwarantowany koszyk świadczeń podstawowych*[188], co prowadzi do sukcesywnie malejącej liczby podmiotów działających w tym obszarze. W roku 2005 działało 85 ubezpieczycieli non-profit, a w 2015 r, już tylko 58[189].

Co więcej warto zaznaczyć, że chociaż formalnie ubezpieczyciele non-profit nie mogą stosować selekcji ryzyka, to w praktyce starają się oni podejmować działania mające na celu przyciągniecie osób o niższym ryzyku zdrowotnym poprzez m. in. oferowanie zniżek na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, ubezpieczenia na życie oraz inne produkty ubezpieczeniowe. Istnieją doniesienia o ubezpieczycielach zamykających biura w obszarach wysokiego ryzyka i używających oprogramowania do identyfikowania nierentownych ubezpieczonych lub wnioskodawców, aby mogli zignorować zapytania i kontakty z nimi. Są to znaczące dowody na to, że praktycznie cała konkurencja szwajcarskich ubezpieczycieli zdrowotnych została dotychczas oparta na wyborze ryzyka[190]. Działania te świadczą o potrzebie większej liberalizacji działalności prywatnych ubezpieczycieli, gdyż obecne regulacje coraz bardziej (chociaż powoli) mogą wywierać dalszą presję na większą centralizację szwajcarskiego systemu ochrony zdrowia.

Pomimo tego przypadek Szwajcarii jest dowodem na to, że można posiadać pod pewnymi względami quasi-rynkowy system, który chociaż silnie regulowany,

---

[187] T. S. Jost, *The experience of the Switzerland and the Netherlands with individual health mandates: a model for the United States?*, brak daty, http://law2.wlu.edu/deptimages/Faculty/Jost%20The%20Experience%20of%20Switzerland%20and%20the%20Netherlands.pdf (dostęp: 28.07.2017), cyt. za: C. White, *Health Care Spending Growth: How Different is the United States from the Rest of the OECD*, "Health Affairs" 2007, nr 26, s. 154, 159.

[188] C. Daley, J. Gubb, *Healthcare systems: Switzerland*, CVITAS Institute for the Study of Civil Society, Londyn 2007, s. 6.

[189] BAG*, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2015*, 18.07.2017, https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html (dostęp: 29.07.2017).

[190] T. S. Jost, *The experience of the Switzerland and the Netherlands with individual health mandates: a model for the United States?*, brak daty, http://law2.wlu.edu/deptimages/Faculty/Jost%20The%20Experience%20of%20Switzerland%20and%20the%20Netherlands.pdf (dostęp: 28.07.2017).

to jednak pozostawia w kilku obszarach swobodę wyboru dającej poczucie pewnej niezależności jego uczestnikom, której próżno szukać w innych europejskich krajach.

2.3.2. Niemcy

Powszechny system ochrony zdrowia w Niemczech powstał w 1883 r. i stanowi punkt odniesienia dla wielu krajów europejskich. Już od samego początku u jego podstaw legły dwie zasady. Po pierwsze, obowiązek ubezpieczenia, uzależnionego od dochodów, po drugie, autonomia i niezależność instytucji quasi-ubezpieczeniowych, czyli Kas Chorych, od państwa [191]. Warto także podkreślić, że ubezpieczeni mają możliwość wybrania dowolnej kasy chorych, jeśli ta spełnia tylko ich wymagania. Z kolei same kasy chorych zawierają kontrakty z innymi instytucjami opieki zdrowotnej na świadczenie danych usług osobom w nich ubezpieczonych.

Niemcy są krajem przeznaczającym relatywnie znaczne środki na system ochrony zdrowia. W 2014 r. było to 4.003 euro *per capita* (wydatki publiczne – 3.403 euro, wydatki prywatne – 601 euro) przy średniej 28 krajów UE 2.781 euro (UE 28). W stosunku do PKB było to 11,1% (średnia UE 28 to 9,9%). Głównym źródłem finansowania są obowiązkowe (powszechne) składki ubezpieczeniowe. W 2014 r. stanowiły one 78% wszystkich środków. Pozostałe to środki budżetowe (7%), wydatki bezpośrednie (13%), dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne (1%) oraz inne źródła (1%). Wszystkie wydatki publiczne na ochronę zdrowia stanowiły 21% budżetu państwa w 2014 r.[192]

W 2012 r. Obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym objętych było ponad 70 milionów osób, co stanowiło około 85% całej populacji. Z kolei ponad 9 milionów osób (11% populacji) posiadało ubezpieczenie prywatne (substytucyjne-zastępcze). Pozostała część społeczeństwa (4%) jest finansowana ze środków budżetowych (np. wojsko, policja czy pracownicy pomocy społecznej).[193]

Obligatoryjnym ubezpieczeniem zdrowotnym objęci są wszyscy pracownicy najemni, których przeciętne wynagrodzenie brutto nie przekracza ustalonego poziomu dochodów. W roku 2015 ta granica wyniosła 54.900 euro rocznie, czyli 4.575 euro

[191] M. Skawińska, *Analiza funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej (na przykładzie Szwecji, Wielkiej Brytanii i Niemiec)*, "Studia Medyczne" 2009, nr 13, s. 75.

[192] OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2016, s. 115, 117, 123.

[193] R. Busse, M. Blümel, *Germany: health system review*, "Health Systems in Transition" 2014, nr 16, s. 115.

miesięcznie[194]. Jednocześnie rząd na drodze rozporządzenia ustala granicę dochodów, poniżej której ubezpieczenie zdrowotne w ustawowych kasach chorych jest obowiązkowe (w 2010 r. było to 4.162,50 euro miesięcznie, czyli 49.950 euro rocznie). Osoby osiągające przez okres 3 lat dochody wyższe od tej granicy mogą ubezpieczać się prywatnie, ponieważ stać je na płacenie wyższych składek, za co z kolei otrzymują świadczenia o wyższym standardzie.[195]

Niemiecki system ochrony zdrowia w 2016 r. został sklasyfikowany na 7 miejscu (849/1000 pkt) w rankingu *EuroHealth Consumer Index*, najwięcej punktów uzyskując w kategorii "Wyniki" (*Outcomes*). Według twórców raportu Niemcy posiadają najmniej restrykcyjny oraz zorientowany na konsumenta system opieki zdrowotnej w Europie, pozwalający pacjentom na staranie się o najlepszy rodzaj opieki jakiej oczekują. Z kolei do słabości niemieckiego systemu ochrony zdrowia zalicza się dużą liczbę mniejszych szpitali niespecjalistycznych, co prowadzi do przeciętnych ocen dotyczących jakości leczenia, chociaż i ten stan rzeczy wydaje się poprawiać[196].

System ochrony zdrowia w Niemczech obecnie funkcjonuje w oparciu o istotne zmiany jakie rozpoczęły się w 2007 r. Założenia do reformy, których podstawowym celem była konieczność zatrzymania wzrostu kosztów opieki przez włączenie płatników prywatnych do systemu publicznego, zostały przyjęte przez Bundestag w 2007 r. Od 1 stycznia 2009 r. zaczął działać tzw. Fundusz Zdrowia (*Gesundheitsfonds*). Jest to nowa instytucja, zmieniająca sposób przekazywania składek od pracowników i pracodawców do kas chorych. Obecnie wszystkie składki wpływają do tego Funduszu, który następnie przekazuje ujednolicone składki wybranej przez każdego ubezpieczonego kasie chorych. Reforma pozwoliła na wyrównanie poziomu składki liczonej od dochodów/wynagrodzenia, którą otrzymują poszczególne kasy chorych[197].

[194] M. Kluczyńska, J. Grzywacz, *System finansowania publicznej opieki zdrowotnej w Polsce w świetle doświadczeń niemieckich*, "Zeszyty Naukowe PWSZ w Płocku. Nauki Ekonomiczne" 2015, nr 2, s. 127.

[195] Biuro Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu, *Finansowanie niemieckiego systemu opieki zdrowotnej*, http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/106/plik/ot-594.pdf (dostęp: 01.08.2017).

[196] Health Consumer Powerhouse, *EuroHealth Consumer Index 2016 Report*, Health Consumer Powerhouse Ltd., UE 2017, s. 11, 24.

[197] Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Raport podsumowujący ocenę merytoryczną projektów z sektora ochrony zdrowia w celu wyboru projektu pilotażowego do realizacji w formule partnerstwa publiczno-prywatnego*, https://www.ppp.gov.pl/Aktualnosci/Documents/2013_11_18_Raport_nabor_zdrowie.pdf (dostęp: 01.08.2017).

W efekcie wysokość składki, która wcześniej była głównym narzędziem konkurencji pomiędzy kasami chorych, została ujednolicona[198].[199] Ponadto wprowadzony został tak zwany system wyrównywania ryzyka w celu wyrównywania szans pomiędzy poszczególnymi kasami chorych. Kasy chorych otrzymują więcej środków na swoich starszych i chorych członków niż na młodych i zdrowych. Innym istotnym powodem zmian była także chęć stopniowego odseparowania wydatków zdrowotnych od kosztów pracy. Dotychczas składki zdrowotne w znakomitej większości przypadków (ubezpieczeń obowiązkowych) obciążały płace pracowników najemnych, które jak wykazano są coraz mniej wydajnym źródłem dochodów instytucji zdrowotnych. Reforma zakłada finansowanie służby zdrowia poprzez powiązanie składek ubezpieczeniowych z podatkami dochodowymi. W konsekwencji ma to spowodować wzrost środków finansowych w systemie ochrony zdrowia poprzez wpływy podatkowe, przy jednoczesnym obniżeniu pozostałych kosztów zatrudnienia[200].

Kasy chorych konkurują między sobą, oferując klientom jak najszerszą ofertę świadczeń przy możliwie niskiej cenie. Mogą one w swojej ofercie wychodzić poza ustawowy zakres świadczeń, np. w ramach świadczeń zintegrowanych lub oferty dodatkowych tzw. taryf, umożliwiających ubezpieczonym obniżenie płaconej przez nich składki (w praktyce kasa chorych zwraca takim osobom określoną sumę pieniędzy). Na przykład w taryfie „Lekarz domowy" ubezpieczony zobowiązuje się każdorazowo w razie pojawienia się jakichś dolegliwości zgłaszać się najpierw do swojego lekarza domowego. W niektórych kasach oferowana jest taryfa z wkładem własnym, skierowana głównie do młodych, zdrowych ludzi. W razie konieczności skorzystania ze świadczeń zdrowotnych zobowiązują się oni do pokrycia kosztów terapii do pewnej wysokości. Za to otrzymują obniżkę swojej składki na ubezpieczenie chorobowe[201].

Ponadto kasy chorych, dla których wpływy z tego tytułu są niewystarczające,

[198] A. Seiffert, *Doświadczenia niemieckie w gromadzeniu i wykorzystywaniu danych dla celów zarządzania w ochronie zdrowia*, "Wiadomości ubezpieczeniowe" 2014, nr 2, s. 101.

[199] Wcześniej kasy chorych same ustalały wysokość składek, które wahały się pomiędzy 12 a 17% dochodu pracowników najemnych.

[200] P. Białynicki-Biruła, *Reforma służby zdrowia w Niemczech – jedynie modyfikacja czy zmierzch systemu kas chorych?*, "Biuletyn Ekonomiczny e-GAP" 2007, nr 1, s. 4, https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/3713/Reforma_s%20u%20by_zdrowia_w_Niemczech.pdf?sequence=1 (dostęp: 01.08.2017).

[201] Biuro Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu, *Finansowanie niemieckiego systemu opieki zdrowotnej*, http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/106/plik/ot-594.pdf (dostęp: 01.08.2017).

mogą wprowadzić dodatkową płatność w maksymalnej wysokości 1 proc. miesięcznej pensji, od której obliczana jest składka, to znaczy 37,50 euro. Kilka kas zdecydowało się na wprowadzenie dodatkowej płatności w wysokości 8 euro miesięcznie (jest to maksymalne wysokość składki dodatkowej, przy której kasa chorych nie musi sprawdzać wysokości zarobków swoich członków), jednak okazuje się, że nie wszyscy płatnicy są skłonni uiszczać nawet tak niedużą kwotę i przenoszą się do innych kas, które takich dodatkowych opłat nie pobierają. Zmienianie kas chorych przez ubezpieczonych spowodowane podniesieniem składki jest dla tych instytucji bardzo niekorzystne, bo odchodzą zwykle osoby młode, więcej wpłacające niż korzystające ze świadczeń kasy chorych. Po tym, jak pod koniec 2009 r. DAK, jedna z największych ustawowych kas chorych, mająca 4,8 mln członków, ogłosiła wprowadzenie dodatkowej opłaty w wysokości 8 euro miesięcznie, w ciągu jednego kwartału opuściło ją 141 tys. ubezpieczonych. I mimo, że było to zaledwie 2,9% członków kasy, to było to dość bolesne, bo odeszły głównie osoby młode i zdrowe[202]. Co więcej, każda kasa chorych ma obowiązek przyjęcia ubezpieczonych z innej kasy, jeśli taka zbankrutuje. Taki scenariusz może spowodować zmiany w jej strukturze ryzyka (np. z powodu przyjęcia dodatkowych osób starszych i chorujących) i w efekcie spowodować problemy finansowe.

Należy także podkreślić, że powiązanie wysokości składki z dochodem ubezpieczonego powoduje, że ustawowe kasy chorych nie oferują prawdziwych ubezpieczeń, gdzie składka zależy np. od wieku, płci i stanu zdrowia klienta (tak jest w przypadku ubezpieczeń prywatnych)[203].

Od 1 stycznia 2015 r. składka ubezpieczeniowa pracowników najemnych wynosi 14,6% dochodów brutto osoby ubezpieczonej (7,3% płaci pracodawca, 7,3% ubezpieczony). Obowiązek ubezpieczenia obejmuje również rencistów oraz emerytów otrzymujących renty z ubezpieczenia społecznego, gdzie część składki przypadająca na pracodawcę opłacana jest z funduszu emerytalnego, a pozostała potrącana jest z emerytury. Osoby bezrobotne także podlegają obowiązkowi opłacania składki zdrowotnej, która pokrywana jest przez Urząd wypłacający zasiłki dla bezrobotnych. Nieodpłatnie ubezpieczeniem rodzinnym objęty jest niepracujący małżonek oraz dzieci do 18. roku życia; do 23. roku życia dzieci, które nie pracują

[202] Ibidem.
[203] Ibidem.

oraz 25. roku życia dzieci, które wciąż się uczą[204].

Ponadto, chociaż w literaturze przedmiotu podkreśla się istotną rolę jaką pełnią kasy chorych (instytucje ubezpieczeniowe), to należy zwrócić uwagę na to, że ich ilość stale maleje. Przykładowo W 1909 roku istniało 23.000 kas, w 2009 r. 202[205], natomiast według danych ze stycznia 2015 r. było ich już tylko 134[206]. Jest to spowodowane silną konkurencją na rynku w efekcie czego kasy chorych muszą ograniczać swoje koszty administracyjne i zabiegać o jak największą liczbę członków. Obserwuje się więc tendencję do łączenia się kas chorych. Specjaliści oceniają, że za kilka lat na rynku niemieckim będzie funkcjonowało nie więcej niż 50 ogólnodostępnych ustawowych kas chorych[207]. Rosnącą konkurencję można także dostrzec wśród dostawców usług lekarskich. Przykładem są tutaj tzw. Centra Medyczne (niem. *Medizinische Versorgungszentren*, *MVZ*). Są to przychodnie zakładane przez kilku lekarzy różnych specjalności, masażystów, rehabilitantów i innych. Daje to pacjentom możliwość na bardziej wszechstronne badania i porady w jednym miejscu. Dla lekarzy z kolei ma tę zaletę, że dzielą się oni kosztami założenia i prowadzenia takiej przychodni. Inicjatorem powstania takiej przychodni mogą być lekarze, szpitale, a także apteki[208].

Oprócz obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego w Niemczech istnieje możliwość nabycia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, które można podzielić na dwie kategorie. O pierwszej była już mowa – są to prywatne ubezpieczenia o charakterze substytucyjnym, które mogą nabyć osoby zarabiające rocznie powyżej ustalonego limitu. Natomiast drugi typ ubezpieczeń to prywatne ubezpieczenia suplementarno-komplementarne, oferujące wyższy standard usług niż ubezpieczenie obowiązkowe oraz/lub posiadające szerszy zakres. Oba typy ubezpieczeń są oferowane przez 42 prywatnych ubezpieczycieli, zrzeszonych w Stowarzyszeniu Prywatnych Ubezpieczycieli Zdrowotnych (*Association of Private Health Insurance Companies*).

[204] M. Kluczyńska, J. Grzywacz, *System finansowania publicznej opieki zdrowotnej w Polsce w świetle doświadczeń niemieckich*, "Zeszyty Naukowe PWSZ w Płocku. Nauki Ekonomiczne" 2015, nr 2, s. 127.

[205] M. Jaworzyńska, *System opieki zdrowotnej w Niemczech*, "Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Sectio H" 2010, nr XLIV, s. 998.

[206] M. Kluczyńska, J. Grzywacz, *System finansowania publicznej opieki zdrowotnej w Polsce w świetle doświadczeń niemieckich*, "Zeszyty Naukowe PWSZ w Płocku. Nauki Ekonomiczne" 2015, nr 2, s. 126.

[207] Biuro Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu, *Finansowanie niemieckiego systemu opieki zdrowotnej*, http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/106/plik/ot-594.pdf (dostęp: 01.08.2017).

[208] Ibidem.

Ponadto funkcjonuje około 30 małych ubezpieczycieli działających na rynkach lokalnych oraz regionalnych[209]. Tego rodzaju ubezpieczenia posiadało w 2008 r. około 20% populacji[210].

Część usług medycznych w Niemczech jest odpłatna. Opłata za leczenie szpitalne wynosi 10 EUR za dzień pobytu. Jeśli w ciągu jednego roku łączna długość pobytów w szpitalu przekroczy 28 dni, pacjent zostaje zwolniony z dalszych opłat dziennych. Koszty świadczeń ponadstandardowych dostępnych w szpitalu, np. pokój jednoosobowy, leczenie przez ordynatora, pacjent ponosi w całości we własnym zakresie. Odpłatność za leki i materiały opatrunkowe na receptę wynosi 10% ceny (co najmniej 5 EUR, a maksymalnie 10 EUR), ale nie więcej niż pełna cena leku. Odpłatność za środki lecznicze wynosi 10% ceny oraz 10 EUR za wypisanie środka leczniczego. Koszty leków bez recepty, takich jak środki przeciwbólowe bądź syrop na kaszel, pacjent pokrywa w całości. Powyższe opłaty nie obowiązują dzieci i młodzież poniżej 18 roku życia oraz kobiety w ciąży[211].

Należy podkreślić, że wprowadzone w latach 2007-2009 rozwiązania osłabiły w pewnym stopniu autonomię kas chorych, które mają teraz mniejsze możliwości konkurowania o pacjentów. Wynika to z faktu, że zarówno w przypadku instytucji ubezpieczeniowych jak quasi-ubezpieczeniowych głównym narzędziem konkurowania o klienta jest poziom składki ubezpieczeniowej dopasowany do jego ryzyka zdrowotnego. W przypadku braku tej możliwości instytucje ubezpieczeniowe muszą opierać się na innych, mniej efektywnych rozwiązaniach. Co więcej, niekorzystne trendy demograficzne będą niewątpliwie czynnikiem wywierającym stałą presję na wzrost składek oraz dotacji budżetowych. Przy obecnych obciążeniach fiskalnych system ten będzie coraz trudniejszy w finansowaniu. W 2016 r. tak zwany klin podatkowy (*total tax wedge*) wyniósł aż 49,4%[212] kosztów pracy w wysokości 73.683 USD[213] rocznie.

---

[209] R. Busse, M. Blümel, *Germany: health system review*. "Health Systems in Transition" 2014, nr 16, s. 137.

[210] PIU/Ernst & Young, *Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia-analiza i rekomendacje dla Polski*, https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/raport%20EY%20DUZ%202013%20www.pdf (dostęp: 01.08.2017).

[211] NFZ, brak daty, https://www.ekuz.nfz.gov.pl/wypoczynek/wyjezdzam-do/niemcy (dostęp: 01.08.2017).

[212] 15,9% stanowił podatek dochodowy, 17,3% składki na ubezpieczenia społeczne ponoszone przez pracownika a 16,2% składki na ubezpieczenia społeczne ponoszone przez pracodawcę.

[213] OECD, *Taxing wages 2017*, OECD Publishing, Paryż 2017, s. 17.

Wyższe koszty pracy od Niemiec posiadają jedynie Szwajcaria oraz Belgia, w których poziom klinu podatkowego wyniósł odpowiednio 21,8% oraz 54%. Pomimo, że obecny, zreformowany system wydaje się zapewniać w miarę stabilne finansowanie opieki medycznej, to należy zadać sobie pytanie jakie działania będą musiały zostać podjęte w przyszłości oraz czy muszą to być koniecznie rozwiązania publiczne próbujące zachować status-quo.

2.3.3. Wielka Brytania

System ochrony zdrowia Wielkiej Brytanii posiada bardziej scentralizowaną strukturę niż system niemiecki. Centralne miejsce zajmuje w niej Narodowa Służba Zdrowia (ang. *National Health Service,* NHS), która ukształtowała się po II wojnie światowej i zaczęła funkcjonować w 1948 r. Należy podkreślić, że NHS, od momentu jej powstania nie ulegała wielu istotnym zmianom. Zmiany dokonywane na przestrzeni lat dotyczą przede wszystkim spraw organizacyjnych, zakresu i wysokości dopłat ponoszonych przez pacjentów za świadczenia medyczne[214]. Cechy charakterystyczne systemu brytyjskiego to m. in. sztandarowy przykład państwowego systemu finansowanego z podatków, silna pozycja lekarza rodzinnego jako koordynatora procesu leczenia pacjenta, szeroki koszyk świadczeń gwarantowanych, prywatne suplementarne ubezpieczenia zdrowotne jako odpowiedź na kolejki do zabiegów planowych oraz słaby punkt w postaci kolejek do niektórych planowanych świadczeń[215].

Pomimo realizowanych oraz zapowiadanych zmian system ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii w dalszym ciągu opiera się na Narodowej Służbie Zdrowia. Szpitale są prowadzone w formie trustów, które są podobne do polskich SPZOZ-ów. Publiczne zakłady są finansowanie głównie z podatków, dotacji z Narodowego Funduszu Ubezpieczeniowego na rzecz NHS oraz z dodatkowych opłat pacjentów za usługi pośrednio związane ze świadczeniami zdrowotnymi. Trusty opłacają działalność szpitali oraz gminne usługi zdrowotne na skutek zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Ubezpieczeniowym. Do 2008 roku wszystkie trusty NHS powinny były zostać przekształcone w fundacje, jednakże w dalszym ciągu reforma ta jest w początkowym etapie[216].

Głównym źródłem finansowania w 2014 r. brytyjskiej służby zdrowia były środki budżetowe – 79%. Pozostałe źródła posiadały marginalny udział: wydatki bezpośrednie – 15%, dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne – 4% oraz pozostałe źródła –

[214] M. Skawińska, *Analiza funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej (na przykładzie Szwecji, Wielkiej Brytanii i Niemiec)*, “Studia Medyczne” 2009, nr 13, s. 71.

[215] PIU, *Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia*, https://www.infarma.pl/assets/files/raporty/Raport_Rola_prywatnych_ubezpieczen_zdrowotnych_2013.pdf (dostęp: 03.08.2017).

[216] K. Wielicka, *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej*, “Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2014, nr 70, s. 499-500.

2%. Środki publiczne stanowiły 18% całego budżetu państwa (średnia dla 28 krajów UE to 16%). Wydatki na służbę zdrowia wyrażone *per capita* wyniosły 2.084 EUR (wydatki publiczne 2 437 EUR, wydatki prywatne 647 EUR, średnia EU 28 to 2.781 EUR), a ich łączny udział w PKB stanowił 9,8% przy średniej EU 28 9,9%. Dynamika wzrostu wydatków na ochronę zdrowia per capita była bardziej odczuwalna w latach 2005-2009 i wyniosła średnio 3,3%, z kolei w latach 2010-2015 było to 0,5%[217].

System ochrony zdrowia Wielkiej Brytanii został sklasyfikowany na 15 miejscu w rankingu *EuroHealth Consumer Index* za 2016 r. Brytyjski system nigdy nie znalazł się w pierwszej dziesiątce rankingu, głównie z powodu słabych wyników w kategorii *dostępność do usług medycznych* (równie słabe wyniki w danej kategorii regularnie uzyskuje np. Polska i Szwecja) oraz autokratycznemu, odgórnemu zarządzaniu[218]. Takie wyniki nie powinny dziwić, gdyż Wielka Brytania od lat ma problemy z zapewnieniem odpowiedniej dostępności do określonych usług medycznych. Dla przykładu Maltsev wskazuje, że:

> *na liście oczekujących na operację jest prawie 800 tys. spośród 55 mln ludzi. Najnowocześniejszy sprzęt jest nieobecny w większości brytyjskich szpitali. W Anglii jedynie 10 proc. wydatków na opiekę zdrowotną pochodzi ze środków prywatnych. Wielka Brytania była pionierem w rozwoju technologii dializy nerek, jednak ma jeden z najniższych współczynników dializy na całym świecie. The Brooking Institution (instytucja raczej nie będąca zwolennikiem wolnego rynku) odkryło, że co roku 7 tys. Brytyjczyków wymagających endoprotezy stawu biodrowego, między 4 a 20 tys. wymagających pomostowania aortalno-wieńcowego i około 10–15 tys. wymagających chemioterapii, odmawia się opieki medycznej*. (…)
>
> *W Wielkiej Brytanii osobom z przewlekłą niewydolnością nerek powyżej 55. roku życia w 35 proc. centrów dializ odmawia się leczenia. Taką odmowę otrzymuje 45 proc. 65-letnich pacjentów, a pacjenci 75-letni lub starsi rzadko otrzymują w takich centrach opiekę medyczną*.[219]

Jednym z powodów takiego stanu rzeczy jest niewątpliwie silniej niż w innych krajach scentralizowana struktura zarządzania. Opisane powyżej problemy dobrze tłumaczy tzw. Prawo Gammona (*Gammon's Law*), pochodzące od nazwiska dra Maxa

---

[217] OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paryż 2016, s. 115, 117, 123.

[218] Health Consumer Powerhouse, *EuroHealth Consumer Index 2016 Report*, Health Consumer Powerhouse Ltd., UE 2017, s. 13, 27.

[219] Y. N. Maltsev, *Czego uczy nas sowiecka medycyna?*, 20.07.2012, http://mises.pl/blog/2012/07/20/maltsev-czego-uczy-nas-sowiecka-medycyna/ (dostęp: 03.08.2017).

Gammona pracującego w NHS, a spopularyzowane w pewnym stopniu w Stanach Zjednoczonych przez Miltona Friedmana. Prawo to opisuje sytuację, kiedy w zbiurokratyzowanym systemie (jak np. w NHS) wzrost wydatków zostanie *wyrównany* przez spadek produkcji. Mówiąc inaczej wzrost nakładów nie spowoduje lepszych wyników. Dlatego takie systemy będą funkcjonować raczej jako swojego rodzaju *czarne dziury* gospodarki, jednocześnie wciągając zasoby i kurcząc się pod względem *emitowanej* produkcji. Według Friedmana przykładem takiego marnotrawstwa zasobów jest szpitalnictwo w Stanach Zjednoczonych. Im więcej wydatków rządowych przeznacza się na opiekę szpitalną tym gorsze wyniki (zarówno pod względem ilościowym jak i jakościowym), czego przyczyną jest rządowa biurokracja. Friedman twierdzi, że gdy rząd przejmował coraz większą kontrolę na przemysłem szpitalnym w Stanach Zjednoczonych (będąc jednocześnie zwolnionym z przepisów prawa antytrustowego), ilość personelu szpitalnego przypadającego na jedno łóżko wzrosła pięciokrotnie, a koszty na jedno łóżko wzrosły aż dziesięciokrotnie[220].

Co więcej, problemy w zakresie dostępu do podstawowych usług nie są jedynymi jakie może spowodować zbyt zbiurokratyzowany system. Mogą one dotyczyć także kwestii umożliwienia podmiotom prywatnym świadczenia wyspecjalizowanych oraz kosztownych usług, obejmujących rzadkie choroby. Niedawno NHS stanął w ogniu krytyki publicznej ze względu na odmowę pozwolenia na kontynuację leczenia (za środki prywatne) za granicą dziecka cierpiącego na rzadką chorobę genetyczną. Należy zaznaczyć, że pierwotnie, leczenie zostało podjęte w Anglii, konkretnie w Great Ormond Street Hospital w Londynie. Rodzice dziecka, chcąc zwiększyć jego szansę na przeżycie podjęli próbę zebrania 1,4 miliona funtów na leczenie za granicą w Columbia University Medical Center w Stanach Zjednoczonych, co ostatecznie im się udało. Jednak na przeszkodzie stanęli lekarze ze szpitala z Londynu, którzy nie wydali zgody na transport dziecka do Stanów Zjednoczonych. Jak argumentowali, leczenie w Stanach Zjednoczonych miało charakter eksperymentalny i nie dawało szans na powodzenie. 11 kwietnia 2017 r. Brytyjski Sąd Najwyższy podtrzymał decyzję lekarzy, jednocześnie upoważniając ich do wyłączenia aparatury podtrzymującej życie dziecka. Nie pomogły

[220] T. J. DiLorenzo, *American healthcare fascialism*, 23.10.2009, https://mises.org/library/american-healthcare-fascialism (dostęp: 04.08.2017).

także interwencje w Sądzie Apelacyjnym czy Europejskim Trybunale Praw Człowieka[221]. Wydarzenia te na pewno nie przysporzyły NHS nowych sympatyków.

Oprócz usług publicznych w Wielkiej Brytanii istnieją alternatywne, rynkowe formy finansowania dostępu do usług medycznych. Jedną z nich są dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne o charakterze suplementarnym., które posiada około 11% populacji Wielkiej Brytanii. Ubezpieczenia te różnią się między sobą zakresem oferowanych świadczeń. W 2011 r. z 4 milionów osób, które posiadały prywatne ubezpieczenie zdrowotne, 18% zawarło je w formie indywidualnej, a 82% w formie grupowej (poprzez zakłady pracy). Ubezpieczyciele pobierają opłaty związane między innymi z zakresem ubezpieczenia, rodzajem ryzyka ubezpieczeniowego czy z tytułu obciążeń związanych z zyskami ubezpieczyciela[222]. Pomimo, że sam rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych nie podlega takim regulacjom jak np. w Szwajcarii, to cała branża ubezpieczeniowa już tak. Firmy ubezpieczeniowe poddane są wielu regulacjom, które mają znaczący wpływ na ich funkcjonowanie.[223]

W odpowiedzi na ograniczenia w ramach NHS oraz w celu skrócenia kolejek, w 2003 r. rząd rozpoczął realizację programu pozyskiwania usług medycznych (w ramach tzw. Niezależnych Zakładów Opieki Zdrowotnej (*Independent Sector Treatment Centres* – ISTC), co pozwoliło usługodawcom na świadczenie opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów NHS. Poprzednio partner prywatny nie świadczył zazwyczaj usług medycznych, a jego rola ograniczała się do wybudowania obiektu, a następnie, po oddaniu obiektu do użytku, świadczenia usług pozamedycznych. Jednakże, od 2005 r. powstają jednostki ISTC, w ramach, których sektor prywatny świadczy również usługi medyczne. W ISTC podstawowym obowiązkiem świadczeniodawcy jest świadczenie usług klinicznych zgodnie z wymaganym standardem oraz w wyznaczonym okresie (liczonym od dnia, w którym pacjent zostaje po raz pierwszy skierowany do świadczeniodawcy). W przypadku gdy świadczeniodawca nie wywiąże się z tego obowiązku, grożą mu natychmiastowe sankcje finansowe, a ostatecznie – w razie

---

[221] M. March, *Charlie Gard's parents are forced to stop fighting for their dying baby*, 26.07.2017, https://fee.org/articles/charlie-gards-parents-are-forced-to-stop-fighting-for-their-dying-baby/ (dostęp: 03.08.2017).

[222] J. Cylus i in., *United Kingdom: Health system review*, "Health Systems in Transition" 2015, nr 17, s. 55.

[223] Więcej na ten temat zob. J. Iwanik, *Solvency 2 - krok w kierunku etatyzmu*, 16.06.2011, http://mises.pl/blog/2011/06/16/iwanik-solvency-2-krok-w-kierunku-etatyzmu/ (dostęp: 03.08.2017).

utrzymującego się naruszenia – rozwiązanie umowy[224].

Brytyjski system ochrony zdrowia potrzebuje istotnych zmian w jego funkcjonowaniu, aby mógł efektywnie realizować założone cele. Być może część z nich zaczęła być w pewnym stopniu realizowana poprzez zmiany zawarte w ustawie *Health and Social Care Bill*[225]. Jednakże z doświadczeń funkcjonowania brytyjskiej służby zdrowia oraz z solidnej wiedzy ekonomicznej, wydaje się, że kluczową kwestią nie powinno być tworzenie kolejnych przepisów (regulacji) oraz instytucji publicznych (chociaż posiadających większą niezależność od NHS) lecz odważniejsze delegowanie dostarczania usług medycznych społeczeństwu poprzez nieskrępowane procesy rynkowe. Jest to o tyle trudne, że dekady funkcjonowania tego systemu utrwaliły wśród wielu Brytyjczyków przekonanie, że nie istnieje dla niego poważna rynkowa alternatywa. Jak wskazuje George Pickering:

Nieopisane oburzenie moralne, będące odpowiedzią na jakąkolwiek krytykę brytyjskiej służby zdrowia, stanowi świadectwo dziesięcioleci propagandy — w szkołach publicznych, wypowiedziach polityków, państwowej telewizji i mediach — w wyniku której Brytyjczycy nabrali przeświadczenia, że jedyną alternatywą dla państwowego monopolu na opiekę zdrowotną będzie śmierć ubogich na ulicy. Mit ten stał się na tyle powszechny, że przez dekady umożliwiał Partii Pracy opieranie całej strategii wyborczej na kreowaniu wizerunku partii, która jako jedyna szczerze troszczy się o „naszą NHS". Przeprowadzone niedawno badanie wykazało, iż wśród Brytyjczyków pytanych o to, co sprawia, że czują się dumni ze swojej narodowości, najczęstszą odpowiedzią była NHS. To doprowadziło do sytuacji, w której rozpaczliwie potrzebna reforma służby zdrowia nawet nie może zostać poddana debacie ze względu na irracjonalną falę ślepej wściekłości i bezpodstawnego potępienia kierowanych w stronę wszelkiej krytyki tej brytyjskiej świętej krowy.[226]

[224] W. Krupias i in., *System ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii*, w: J. Kalecińska, I. Herbst (red.), *Systemy ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, Warszawa 2011, s. 62, 64-65.

[225] Więcej na ten temat zob. W. Krupias i in., *System ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii*, w: J. Kalecińska, I. Herbst (red.), *Systemy ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, Warszawa 2011, s. 60-61.

[226] G. Pickering, *Does Britain Have the World's Best Health System? Only If You Ignore Outcomes*, 20.07.2017, https://mises.org/wire/does-britain-have-world's-best-health-system-only-if-you-ignore-outcomes (dostęp: 20.07.2018).

2.3.4. Singapur

Pod pewnymi względami system ochrony zdrowia Singapuru przypomina system szwajcarski, gdzie państwo ściśle odpowiada za organizację oraz jego funkcjonowanie. Jednak, o ile w Szwajcarii położono nacisk na posiadanie obowiązkowego indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego, tak w Singapurze każdy obywatel jest zobowiązany do posiadana i opłacania medycznego rachunku oszczędnościowego (MSA). W obydwu krajach ważną rolę odgrywają też prywatni dostawcy dóbr i usług medycznych podlegający odgórnym regulacjom.

Pomimo bardzo niewielkiego terytorium populacja Singapuru w 2017 r. liczyła 5,6 mln osób. Na jedną osobę w wieku poprodukcyjnym (65 lat lub więcej) przypada 5,5 osób w wieku produkcyjnym (15-65 lat), chociaż wskaźnik ten stale maleje – jeszcze w 2000 r. wynosił 9,9.[227] Udział całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną w 2014 r. wynosił 4,9% PKB[228] oraz 4.047 USD *per capita*. Udział wydatków publicznych stanowił 42% (oraz 14,1% całkowitych wydatków budżetowych) zaś prywatnych 58%.[229] Należy jednak podkreślić, że sposób wydatkowania środków prywatnych podlega ścisłym restrykcjom. Co więcej, relatywnie niski udział wydatków na opiekę zdrowotną w PKB wynika między innymi ze stosunkowo niskich cen usług medycznych. Dla porównania, w USA wskaźnik ten wynosi około 18% PKB, jednak ceny poszczególnych usług medycznych są znacznie wyższe. Przykładowo, koszt angioplastyki w USA wynosi prawie 83.000 USD, podczas gdy w Singapurze kształtuje się on na poziomie około 13.000 USD. Z kolei koszt operacji bypassu żołądka w USA to prawie 70.000 USD, podczas gdy w Singapurze zabieg ten wynosi 15.000 USD.[230]

System ochrony zdrowia Singapuru składa się z kilku istotnych, wzajemnie się uzupełniających, elementów zarządzanych odgórnie przez Ministerstwo Zdrowia (*Ministry of Health*) odpowiadające między innymi za ocenę potrzeb zdrowotnych

---

[227] Department of Statistics Singapore, *Population Trends, 2017*, 09.2017, https://www.singstat.gov.sg/-/media/files/publications/population/population2017.pdf (dostęp: 22.09.2018).

[228] Dla porównania, inne azjatyckie kraje rozwinięte takie jak Japonia czy Korea Południowa posiadają większy udział tych wydatków w PKB wynoszący odpowiednio 10,2% oraz 7,4%.

[229] OECD/WHO, *Health at a Glance: Asia/Pacific 2016: Measuring Progress towards Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paryż 2016, s. 83.

[230] W. A. Haseltine, *Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story*, Brookings Institution Press, Waszyngton, DC 2013, s. 30.

społeczeństwa oraz planowanie i świadczenie usług za pośrednictwem sieci placówek służby zdrowia i szpitali, ośrodków opieki dziennej i domów opieki. Dodatkowo, Ministerstwo Zdrowia zarządza zasobami ludzkimi w całym systemie oraz prowadzi politykę finansowania systemu opieki zdrowotnej. Angażowanie środków publicznych, w pierwszej kolejności, polega na udzielaniu dotacji rządowych (finansowanych z podatków) pokrywających do 80% całkowitych kosztów opieki świadczonej w szpitalach publicznych i poliklinikach podstawowej opieki zdrowotnej. Jednak główną rolę w tym systemie odgrywają 3 programy oszczędnościowe oraz ubezpieczeniowe potocznie nazywane 3M.[231]

Pierwszy i kluczowy z nich to tzw. *Medisave*, czyli obowiązkowe medyczne konto oszczędnościowe utworzone w 1984 r. Gromadzone środki przechowywane są na tzw. Centralnym Funduszu Oszczędnościowym (*Central Provident Fund* – CPF) za pomocą którego obywatele Singapuru oszczędzają również na swoje emerytury oraz inne wydatki (np. zakup mieszkania). Co miesiąc na konto *Medisave*, będącego elementem CPF, trafia część wynagrodzenia pracownika (lub osoby samo-zatrudnionej). Część składki opłaca na jest przez pracodawcę. Im bardziej starszy pracownik tym większa część składki przekazywanej do CPF trafia na *Medisave*. Tak gromadzone środki służą do finansowania bieżących lub przyszłych potrzeb zdrowotnych ich właścicieli lub ich rodziny np. pobytu w szpitalu, leczenia ambulatoryjnego czy diagnostyki.

Nie mogą one jednak służyć do finansowania celów innych niż medyczne np. zakupu samochodu. Również, kiedy pracownik osiąga wiek emerytalny część swoich potrzeb zdrowotnych finansuje poprzez *Medisave*.

Warto także odnotować fakt, że tak akumulowane środki nie podlegają opodatkowaniu oraz są oprocentowane.[232] Występuje minimalny oraz maksymalny roczny limit wpłat na konto *Medisave*. W 2014 r. Minimalna wysokość wpłat wynosiła 43.500 USD, zaś jej maksymalna wysokość nie mogła przekroczyć 48.500 USD. Jeśli ten limit został przekroczony, *nadwyżka* środków trafia na odpowiednie konta

[231] C. Liu, W. A. Haseltine, *The Singaporean Health Care System*, brak daty, https://international.commonwealthfund.org/countries/singapore/ (dostęp: 23.09.2018).

[232] J. Cybińska, *Rola medycznych kont oszczędnościowych w finansowaniu opieki zdrowotnej – doświadczenia singapurskie i amerykańskie*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2014, nr 2, s. 145-147.

zarządzane przez CPF.[233]

Kolejny element finansowania dostępu do świadczeń medycznych stanowi tzw. *Medishield* utworzony w 1990 r. Jest to dobrowolne ubezpieczenie od ciężkich zachorowań wymagających długiej oraz kosztownej hospitalizacji, często znacznie przekraczającej możliwości finansowe pacjenta np. jego oszczędności zgromadzonych na koncie *Medisave*. Jako przypadki podlegające ubezpieczeniu można wskazać: nowotwory, białaczkę, zawał serca czy udar mózgu. Składki mogą być opłacane przez *Medisave*. Osoby posiadające konta CPF mogą ubezpieczyć także swoich bliskich. Obecnie około 90% singapurczyków posiada takie ubezpieczenie. Co ważne ubezpieczenie *Medishield* obowiązuje do 85 roku życia. Część kosztów leczenia ponoszona jest przez ubezpieczonego. Roczna składka nie jest wysoka. Na przykład, dla osoby mającej 29 lat wynosi 33 USD, dla osoby w wieku 49 lat – 114 USD a dla 69-latka – 372 USD.[234]

Ostatni podstawowy element systemu singapurskiego stanowi, powstały w 1993 r., program *Medifund*, który umożliwia finansowanie dostępu do opieki medycznej osobom ubogim, które mają problemy z opłaceniem tego dostępu z własnych środków pomimo istnienia rządowych dotacji czy programów *Medisave* oraz *Medishield*. Beneficjenci tego programu muszą jednak odbywać leczenie w zatwierdzonych przez rząd placówkach medycznych.[235]

Singapurczycy mogą nabywać także inne dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne stanowiące pozapłacowe benefity pracownicze. Część z nich wchodzi w zakres tzw. zintegrowanych planów (*Integrated Plans*, IP), co oznacza, że ubezpieczenia te mogą być opłacane przez konto *Medisave* i stanowią rozszerzenie zakresu ubezpieczenia *Medishield*. Ponadto, rząd rozwija także inne programy publiczne mające na celu finansowe wsparcie dla osób starszych. Zaliczyć do nich można takie programy jak *ElderShield* czy *Medifund Silver*.[236]

---

[233] Ministry of Manpower, *Changes to the CPF Minimum Sum, Medisave Minimum Sum and Medisave Contribution Ceiling from 1 July 2014 for a More Secure Retirement*, 08.05.2014, https://www.mom.gov.sg/newsroom/press-releases/2014/changes-to-the-cpf-minimum-sum-medisave-minimum-sum-and-medisave-contribution-ceiling-from-1-july-2014-for-a-more-secure-retirement (dostęp: 23.09.2018).

[234] W. A. Haseltine, *Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story*, Brookings Institution Press, Waszyngton, DC 2013, s. 52-53.

[235] Ibidem, s. 59-61.

[236] Ibidem, s. 58-59, 61.

Do jednych z problemów singapurskiego systemu ochrony zdrowia zaliczyć można dwucyfrowy poziom tzw. wskaźnika inflacji medycznej (*medical inflation*). Jest to wskaźnik pozwalający na lepszą identyfikację oraz prognozowanie czynników wpływających na wzrost kosztów opieki zdrowotnej wśród dostawców prywatnych (ubezpieczycieli) w poszczególnych krajach oraz regionach. Do jednych z najbardziej znanych tego typu wskaźników zaliczyć można *Aon Medical Inflation Index* (AMII). Dla Singapuru, stopa medycznej inflacji publikowana przez Aon wyniosła 10,9% w 2018 r. (stopa inflacji w regionie w 2018 r. wyniosła 10,7%). W przypadku tego kraju należy jednak odnotować trend spadkowy, gdyż jeszcze w 2014 r. wskaźnik ten wynosił 20%, a w latach 2015-16 15%. Natomiast wskaźnik AMII za 2018 r. kształtuje się na poziomie 95,1 pkt. w porównaniu do 82,7 pkt. dla mediany regionalnej. Co interesujące połowa badanych ubezpieczycieli uważa, że stopa inflacji medycznej w Singapurze pozostanie taka sama, a druga połowa spodziewa się jej znacznego wzrostu w przeciągu trzech lat. Jako główny czynnik inflacji 100% badanych wskazało koszty opieki szpitalnej. Największy wpływ miały na to w szczególności takie składowe jak (wg wpływu malejącego): opłaty medyczne (np. za operacje chirurgiczne), procedury diagnostyczne, leki, protetyka oraz koszty utrzymania pokoju oraz wyżywienia pacjenta. Jednym ze skutków rosnących kosztów opieki medycznej był spadek wpływów z turystyki medycznej. Izba Turystyczna Singapuru ogłosiła, że wpływy z turystyki medycznej spadły z 1,1 mld SGD w 2012 r. do 0,832 mld SGD w 2013 r. Lokalne prywatne szpitale zgłosiły spadek przychodów z tego tytułu w 2014 r. oraz w 2015 r. Inne rynki regionalne, w tym Tajlandia i Malezja, były beneficjentami spadku turystyki medycznej w Singapurze. Twórcy raportu wskazują jednak, że poprawa skuteczności administrowania roszczeniami, bardziej efektywne wykorzystanie sieci dostawców na poziomie ambulatoryjnym i szpitalnym oraz stosowanie leków generycznych zamiast opatentowanych leków przyczyniły się do obniżenia dynamiki medycznej inflacji w Singapurze.[237]

Niewątpliwie, starzejące się oraz coraz dłużej żyjące społeczeństwo będzie wymagało angażowania coraz większych nakładów na singapurski system ochrony zdrowia. Czas pokaże również czy rząd Singapuru dalej będzie przejawiał bardzo

[237] Aon, A*sia Healthcare Trends 2017/18. In Pursuit of Equitable, Affordable Healthcare*, 02.03.2018, http://www.aon.com/apac/study/2018/aon-asia-healthcare-trends.jsp (dostęp: 23.09.2018).

sceptyczną postawę dla utworzenia centralnego funduszu zdrowia czy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego obejmującego swoim zasięgiem każdego obywatela – rozwiązań funkcjonujących w pozostałych krajach na świecie. Oprócz zachowania statusu quo można również po cichu liczyć na większą liberalizację dla działań podmiotów prywatnych (np. w szpitalnictwie). Rząd Singapuru z pewnością dostrzega korzyści z zaangażowania na szeroką skalę podmiotów prywatnych, więc być może z czasem przekona się również do rozwiązań jeszcze mniej interwencjonistycznych.

2.3.5. Polska

Jeszcze do 1999 r. w Polsce funkcjonowały rozwiązania charakterystyczne dla modelu Siemaszki. Następnie, w latach 1998-2004 utworzono 17 regionalnych kas chorych pełniących funkcje instytucji quasi-ubezpieczeniowych. Kolejny etap zmian nastąpił w 2004 r., kiedy na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, funkcjonować zaczął Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) finansujący ubezpieczonym dostęp do dóbr i usług medycznych. Środki na te cele pochodzą głównie ze składek ubezpieczeniowych pracowników oraz osób samo-zatrudnionych. Z założenia powszechne ubezpieczenie zdrowotne ma gwarantować wszystkim ubezpieczonym równy dostęp do opieki zdrowotnej oraz jest obowiązkowe.

Całkowite wydatki na opiekę zdrowotną w 2015 r. wyniosły 6,3% PKB (średnia dla krajów 28 krajów UE to 9,9%) z czego wydatki publiczne stanowiły 4,5% PKB zaś wydatki prywatne 1,8% PKB. Dodatkowo, wydatki publiczne (uwzględniając obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne) stanowiły 11% całkowitych wydatków rządowych. Z kolei wydatki per capita w 2015 r. wyniosły 1.259 EUR (średnia UE 28 to 2.781 EUR). Podstawowe źródło finansowania dostępu do świadczeń medycznych stanowią obowiązkowe składki na ubezpieczenie zdrowotne (62,4%) trafiające do NFZ. Niektóre wydatki publiczne jak np. ratownictwo medyczne finansowane są ze środków budżetowych (9,1%). Pozostałe źródła finansowania stanowią wydatki bezpośrednie (22,5%), prywatne ubezpieczenia zdrowotne (4,4%) oraz inne źródła (1,6%).[238]

Do podstawowych wad powszechnego systemu ochrony zdrowia w Polsce przede wszystkim należy zaliczyć permanentne problemy z dostępnością do wielu istotnych świadczeń medycznych. Problem ten dobrze obrazują wyniki raportu *EuroHealth Consumer Index* z 2017 r. W kategorii *dostępność (czas oczekiwania na leczenie)* Polska uzyskała jedynie 125 pkt na 225 możliwych. Szczególnie niekorzystnie wygląda długi czas oczekiwania na poważne planowe zabiegi operacyjne, leczenie nowotworów czy tomografię komputerową. Jako mocną stronę polskiego systemu

---

[238] OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paryż 2016, s. 115, 117, 123.

autorzy raportu wskazują z kolei opiekę kardiologiczną.[239]

Na problemy z dostępnością do szeregu świadczeń medycznych wskazuje także Fundacja Watch Health Care, która za pomocą tzw. *Barometru WHC* bada czas oczekiwania na poszczególne świadczenia. Według dostępnych danych:

> *Średni czas oczekiwania na pojedyncze gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce (niezależnie od ich charakteru: diagnostyczne i lecznicze bez uwzględnienia w tej ocenie kompleksowości i niezbędnej etapowości leczenia) wynosił w kwietniu i maju 2018 roku 3,7 miesiąca (około 16 tygodni). W porównaniu do danych zebranych w czerwcu i lipcu ubiegłego roku, opublikowanych w sierpniowym Barometrze, ogólny czas oczekiwania wzrósł o około 0,5 miesiąca, utrzymując się wciąż na podobnym, wysokim poziomie. Od kilku lat Fundacja WHC obserwuje stagnację czasu oczekiwania, oscyluje on w granicy 2,9 – 3,1 miesiąca. Pierwszy raz od początku projektu czas oczekiwania przekroczył nieznacznie granicę 3,5 miesięcy.*[240]

Twórcy raportu wskazują, że najdłuższy czas oczekiwania obejmuje takie świadczenia medyczne jak: endokrynologia (11 miesięcy), stomatologia (8,5 miesiąca), chirurgia plastyczna (7,7 miesiąca), OIT narządu ruchu (7,6 miesiąca) oraz otolaryngologia (7,5 miesiąca). Długi czas oczekiwania występuje również w przypadku takich usług medycznych jak: kardiologia (5 miesięcy), kardiologia dziecięca (5 miesięcy), neurochirurgia (4,9 miesiąca), okulistyka (3,4 miesiąca), urologia (4,9 miesiąca) czy neurologia (3,2 miesiąca).[241]

Trudności z dostępem do świadczeń w ramach systemu publicznego sprawiają, że rozwijają się prywatne alternatywy w postaci płatności bezpośrednich, abonamentów medycznych oraz prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Przykładowo, pod koniec 2014 r. ponad 3 mln Polaków posiadało abonamenty medyczne a posiadaczami prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych było około 1,2 mln Polaków. W obydwu przypadkach większość stanowiły pakiety grupowe – zawierane przez pracodawcę i często stanowiące

---

[239] Health Consumer Powerhouse, *EuroHealth Consumer Index 2017 Report*, Health Consumer Powerhouse Ltd., UE 2018, s. 18, 26.

[240] MAHTA, *BAROMETR WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 18/27/06/2018. Stan na kwiecień/maj 2018 r.*, Fundacja Watch Health Care/WEI, Warszawa 2018, s. 15.

[241] Ibidem, s. 19.

pozapłacowe benefity pracownicze.[242] Według badań przeprowadzonych przez firmę doradczą Sedlak & Sedlak dla 46,1% ankietowanych pracowników rozszerzony pakiet prywatnej opieki medycznej stanowił najbardziej pożądany pozapłacowy benefit pracowniczy w 2017 r. W dalszej kolejności pracownicy wskazywali samochód służbowy do użytku prywatnego (24,4%) oraz elastyczny czas pracy (21,2%).[243] Między innymi dlatego rynki abonamentów medycznych oraz prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych rozwijają się tak dynamicznie – z niewątpliwą korzyścią dla konsumentów. Według danych przedstawionych przez firmę badawczą PMR:

W latach 2015–2020 polski rynek prywatnej opieki zdrowotnej będzie rósł w tempie około 7% średniorocznie. Jego najszybciej rozwijającym się segmentem mają być ubezpieczenia zdrowotne.[244]

Konkurencja o klienta pomiędzy sieciami medycznymi oraz towarzystwami ubezpieczeniowymi, w pewnym stopniu, prowadzi do zacierania się różnic pomiędzy abonamentem medycznym a prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym.[245]

Jednak obecnie także prywatni dostawcy mają coraz więcej problemów z zapewnianiem dostępu do świadczeń medycznych w relatywnie krótkim czasie. Jednym z powodów tego stanu rzeczy jest niedostateczna, w stosunku do popytu, podaż lekarzy. Istotnie, Polska ma jeden z najniższych wskaźników praktykujących lekarzy przypadających
na 1.000 mieszkańców – 2,3 (2014 r.). Średnia dla 28 krajów Unii Europejskiej to 3,5.[246]

Polska jako były kraj tzw. *bloku wschodniego* nie zdecydowała się więc na bardziej rynkowy system i wdrożyła oraz rozwijała systemowe rozwiązania krajów

---

[242] R. Skibińska, *Abonamenty wygrywają z polisami*, 10.08.2015, https://www.obserwatorfinansowy.pl/tematyka/rynki-finansowe/abonamenty-wygrywaja-z-polisami/ (dostęp: 26.09.2018).

[243] K. Jurczak, *Podsumowanie raportu: „Świadczenia dodatkowe w oczach pracowników 2017”*, 12.06.2017, https://wynagrodzenia.pl/artykul/podsumowanie-raportu-swiadczenia-dodatkowe-w-oczach-pracownikow-2017 (dostęp: 26.09.2018).

[244] Gazeta Ubezpieczeniowa, *Rynek ubezpieczeń: Ustawa pomogłaby polisom zdrowotnym*, 26.05.2015, http://gu.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=56543:rynek-ubezpiecze-ustawa-pomogaby-polisom-zdrowotnym&catid=107:rynek-ubezpiecze&Itemid=106%20 (dostęp: 26.09.2018).

[245] Więcej na ten temat zob. S. Wedziuk, *Zdrowie: Zamiast pakietu usług medycznych firmy coraz częściej wybierają ubezpieczenia. Różnice między tymi produktami się zacierają*, 08.01.2018, https://www.pb.pl/abonament-kontra-polisa-902615 (dostęp: 26.09.2018).

[246] OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paryż 2016, s. 159.

Europy Zachodniej, które stanowią coraz większy balast dla ich budżetów, co jednak nie przekłada się na lepsze wyniki w zakresie dostępności do świadczeń medycznych.

2.3.6. Podobieństwa i różnice pomiędzy wybranymi krajami a Stanami Zjednoczonymi Ameryki

Nie istnieją kraje posiadające identyczne rozwiązania w zakresie funkcjonowania systemów ochrony zdrowia. Jako podstawowe wyróżniki można wskazać między innymi strukturę organizacyjną danego systemu oraz jej ewolucję, źródła finansowania, zakres opieki zdrowotnej, poziom i zakres odpłatności czy dostępne rynkowe alternatywy. Na podstawie wyżej opisanych przypadków można jednak przedstawić pewne cechy wspólne oraz różnice pomiędzy Stanami Zjednoczonymi Ameryki a wybranymi krajami.

Jako podstawową różnicę należy wskazać brak występowania w USA jednego, publicznego płatnika pozyskującego środki pochodzące ze składek ubezpieczeniowych do centralnego funduszu i następnie dokonującego redystrybucji tych środków pomiędzy poszczególne stany według odgórnych kryteriów. Nie oznacza to jednak, że w USA rola państwa w opiece zdrowotnej jest marginalna. System amerykański można określić jako silnie interwencjonistyczny. W istocie, historia amerykańskiego systemu ochrony zdrowia to również historia stale poszerzającego się interwencjonizmu zarówno w sferze fiskalnej oraz regulacyjnej.

W krajach takich jak Szwajcaria, Niemcy czy Polska istotną rolę jako źródło finansowania do opieki zdrowotnej, odgrywa składka ubezpieczeniowa. Podobnie jest w USA z tą różnicą, że jeszcze do niedawna była ona dobrowolna. Dodatkowo, na skutek rozwiązań przyjętych w latach 40-tych XX w., zdecydowanie większy udział mają ubezpieczenia grupowe (zawierane przez zakład pracy) stanowiące pozapłacowe benefity pracownicze. Każdy stan wprowadza jednak swoje własne regulacje odnośnie zakresu takich ubezpieczeń. Inaczej sytuacja przedstawia się np. w Szwajcarii, gdzie obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne zawierane jest w formie indywidualnej. Restrykcje obejmujące rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych są także jedną z przyczyn ograniczania mobilności pracowników. Jako inny wyróżnik USA względem większości krajów można również wskazać występowanie medycznych rachunków oszczędnościowych jako formy finansowania dostępu do opieki zdrowotnej. Jednak, w odróżnienia do Singapuru, posiadanie takiego konta w USA jest dobrowolne.

USA tak jak kraje europejskie posiadają również własne, publiczne programy zdrowotne finansujące dostęp do świadczeń medycznych części społeczeństwa

np. osobom ubogim (Medicaid), osobom starszym (Medicare) czy dzieciom z ubogich rodzin (SCHIP). Ponadto w USA występuje szereg instytucji publicznych nadzorujących poszczególne sektory amerykańskiego systemu ochrony zdrowia. Do najważniejszych z nich zaliczyć można Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne (American Medical Association – AMA) nadzorujące uczelnie medyczne (i w efekcie podaż lekarzy) oraz Agencję Żywności i Leków (Food and Drug Administration – FDA), która odpowiada za sprawowanie nadzoru nad wprowadzeniem na rynek leków czy sprzętu medycznego.

Ostatnią cechą wspólną na jaką można zwrócić uwagę jest to, że zarówno USA jak i wiele krajów europejskich staje przed problemem starzejącego się społeczeństwa i zmian w strukturze demograficznej co powoduje coraz większe koszty dla ich budżetów oraz wzmaga presję na wprowadzanie systemowych zmian w mniejszym lub większym stopniu angażujących podmioty prywatne.

Rozdział 3

EWOLUCJA INTERWENCJONIZMU W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA STANÓW ZJEDNOCZONYCH AMERYKI

Wstęp

Rzetelna wiedza ekonomiczna jest nieodzowna w badaniach nad historią gospodarczą. Bez tej wiedzy interpretacja procesów społeczno-gospodarczych z przeszłości oraz wnioski jakie na jej podstawie zostają wyciągane mogą okazać się niekompletne lub nawet błędne. Prowadzić to może np. do przyjęcia nieodpowiedniej polityki gospodarczej obejmującej część lub całość gospodarki danego kraju.

Kwestia ta dotyczy również systemu ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych Ameryki. System ten, od początków swojego istnienia, podlegał nieustannym, mniej lub bardziej intensywnym przeobrażeniom. Zmiany te były (i dalej również są) determinowane przez dwa główne czynniki: procesy rynkowe oraz interwencjonizm. Ustalenie istoty relacji pomiędzy nimi oraz skutków jakie przyniosły (i nadal przynoszą) jest jednym z głównych zadań tego rozdziału.

Jak zostanie wykazane w niniejszym rozdziale w systemie ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych Ameryki nie ma *czystych* instytucji rynkowych, a wpływ państwa nieustannie rośnie. System ten stanowi część tzw. *skrępowanej gospodarki rynkowej* (*hampered economy*), gdzie bardzo wiele interwencji wpływa na procesy rynkowe. Z ekonomicznego punktu widzenia należy więc postawić pytanie o to jak funkcjonuje system interwencjonizmu we wskazanym obszarze oraz czy pozwala on na osiągnięcie celów jakie założyli sobie jego propagatorzy, zwłaszcza jeśli chodzi o dostępność do dóbr i usług medycznych.

Przyczyn obecnych problemów amerykańskiego systemu ochrony zdrowia trzeba szukać w przeszłości. Aby sprostać temu zadaniu należy, w pierwszej kolejności,

rozpoznać kluczowe interwencje oraz za pomocą rozumowania przyczynowo skutkowego, wykazać ich logiczne związki z obecną sytuacją. Istotne będzie również wykorzystanie danych statystycznych i ich odpowiednia interpretacja możliwa dzięki odniesieniu do solidnej teorii ekonomii. Takiej analizie został poddany okres od przełomu XIX i XX w.[247] do 2013 r., czyli do ostatniego roku przed wprowadzeniem Patient Protection and Affrodable Care Act (PPACA) – reforma ta została ujęta w rozdziale 4 oraz 5.

[247] W niniejszym rozdziale będą się również pojawiały odwołania do wcześniejszych okresów, ale najwięcej uwagi zostanie poświęcone wydarzeniom mającym miejsce w XX w. oraz na początku XXI w.

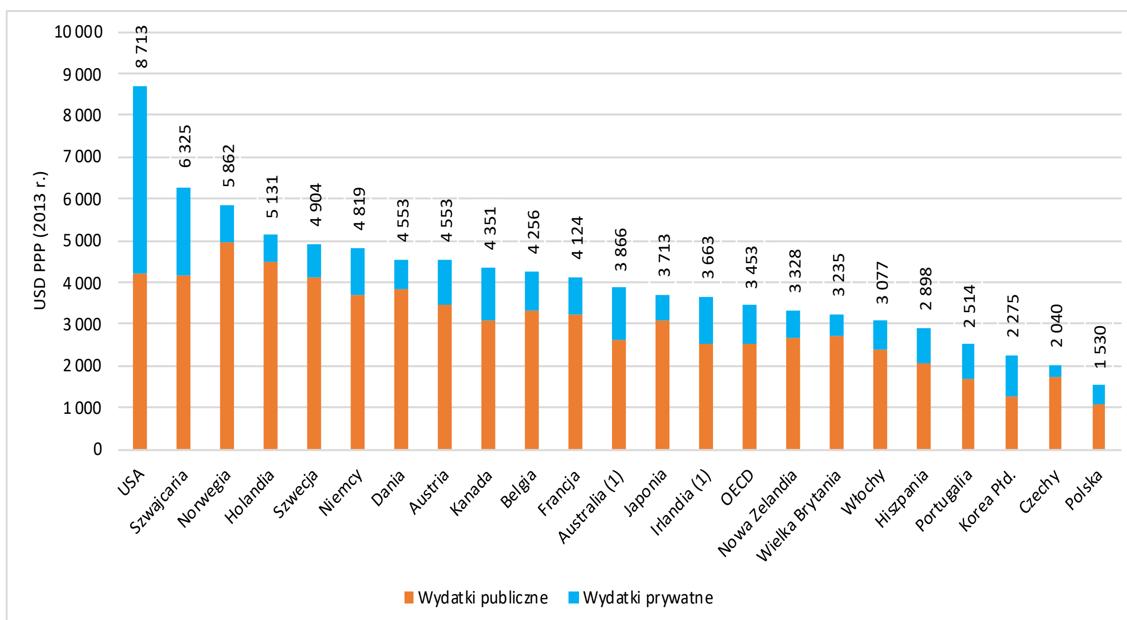
3.1. System ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych Ameryki przed 2014 r. – ogólny kształt oraz zarys funkcjonowania

System ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych bardzo często jest określany mianem rynkowego. W związku z tym, należy zastanowić się jak taki system w rzeczywistości funkcjonuje oraz, przede wszystkim, jakie powinno być zaangażowanie państwa w jego funkcjonowanie np. w postaci wysokości nakładów publicznych. Jeśli system taki faktycznie miałby być mocno urynkowiony to nakłady publiczne powinny zdecydowanie odbiegać od wielkości jakie spotykane są w europejskich systemach publicznych czy w chociażby w Kanadzie[248].

Jedną z cech wyróżniających system amerykański na tle systemów europejskich jest relatywnie wysoki poziom całkowitych wydatków *per capita* przeznaczanych na opiekę zdrowotną (rysunek 1). Według danych OECD wysokość tego wskaźnika dla USA wyniosła 8.713 USD w 2013 r. Dla porównania, druga w kolejności Szwajcaria przeznaczyła na opiekę zdrowotną *jedynie* 6.325 USD, czyli o około 27% mniej niż USA. Z kolei średnia wysokość tych nakładów dla krajów OECD wyniosła 3.453 USD (około 60% mniej niż w USA). Sytuacja podobnie przedstawia się w przypadku wielkości tych wydatków jako procent PKB (rysunek 2). W USA nakłady na opiekę zdrowotną w 2013 r. stanowiły 16,4% PKB co znacząco przewyższało nakłady kolejnych krajów: Holandii i Szwajcarii (po 11,1% PKB). Średnia wartość dla krajów OECD wyniosła 8,9% PKB. Dane te zostały szczegółowo przedstawione na rysunkach 1 i 2.

[248] Dodatkowym warunkiem funkcjonowania systemu rynkowego jest brak lub relatywnie niskie zaangażowanie regulacyjne państwa. Więcej informacji na ten temat zostanie przedstawione w następnych częściach rozdziału 3.

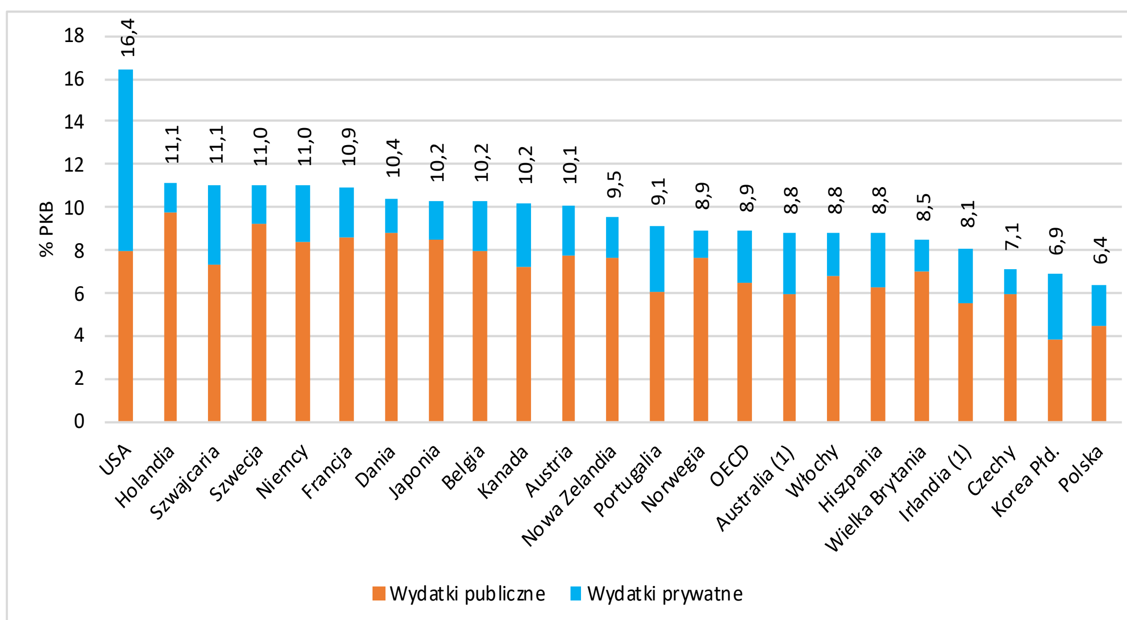
Rysunek 1. Wydatki całkowite na opiekę zdrowotną per capita wybranych krajów w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 165.

Uwagi: Podane wielkości nie uwzględniają inwestycji; (1) Dane za 2012 r.

Rysunek 2. Wydatki całkowite na opiekę zdrowotną wybranych krajów jako % PKB w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 167.

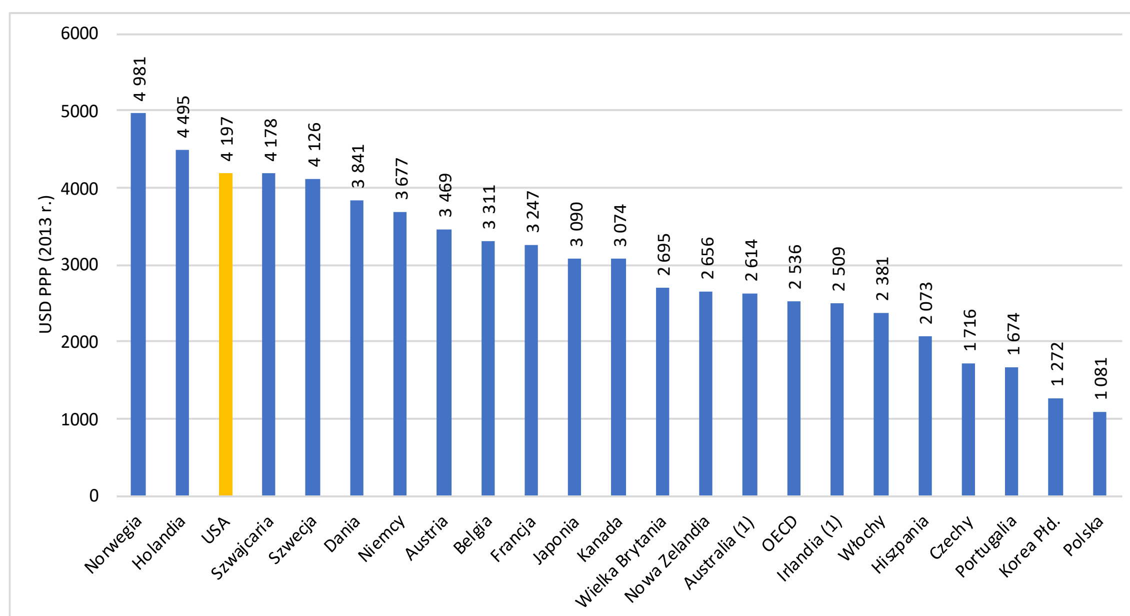
Uwagi: Podane wielkości nie uwzględniają inwestycji; (1) Dane za 2012 r.

Jednak relatywnie wysoki udział nakładów ponoszonych na opiekę zdrowotną nie musi być traktowany jednoznacznie jako zjawisko negatywne. Wielkość nakładów (prywatnych oraz publicznych) przeznaczanych na opiekę zdrowotną *per capita* lub jako procentowy udział w PKB, można wytłumaczyć między innymi takimi czynnikami jak rosnąca oczekiwana długość życia z chorobami przewlekłymi, wielkość dochodów, rozwój medycyny i technologii czy instytucjonalna struktura finansowania dostępu do usług medycznych. Nie istnieje także jakikolwiek *optymalny* poziom takich wydatków. Jeśli rozwój medycyny i nowych technologii pozwalają na poprawę bytu ludności, to należy z tego w racjonalny sposób skorzystać. Niewątpliwie, wzrost udziału wydatków w budżetach gospodarstw domowych (oraz w PKB) przeznaczanych na samochody, komputery, telefony komórkowe czy usługi internetowe przyczynił się do lepszej jakości życia ludzi na całym świecie. Analogicznie, jeśli dzięki nowej aparaturze medycznej, zdrowie Kowalskiego może ulec znacznej poprawie to nikt nie powinien dziwić się wzrostowi wydatków na leczenie w jego osobistym budżecie.

W celu dokładniejszej analizy zaangażowania państwa w opiekę zdrowotną należy wziąć pod uwagę dodatkowe wskaźniki. Jednym z nich jest wskaźnik rządowych wydatków na opiekę zdrowotną *per capita*. Dane zawarte na rysunku 3 pokazują, że w 2013 r. USA posiadały trzeci najwyższy wskaźnik pod tym względem (4.197 USD). Więcej wydały tylko Norwegia (4.981 USD) oraz Holandia (4.495 USD). Zatem wydatki rządowe USA były wówczas znacznie wyższe od wydatków krajów posiadających zdecydowanie bardziej *uspołecznione* systemy opieki zdrowotnej jak np. Niemcy (3.677 USD), Szwecja (4.126 USD), Wielka Brytania (2.695 USD) czy Kanada (3.074 USD). Warto także dodać, że USA osiągnęły tak relatywnie wysoki poziom wydatków przy stosunkowo *niewielkim* (48%) udziale wydatków rządowych w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną.[249]

[249] Średni udział wydatków rządowych w wydatkach całkowitych w krajach OECD wyniósł około 73%.

Rysunek 3. Publiczne/rządowe wydatki na opiekę zdrowotną per capita wybranych krajów w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 165.

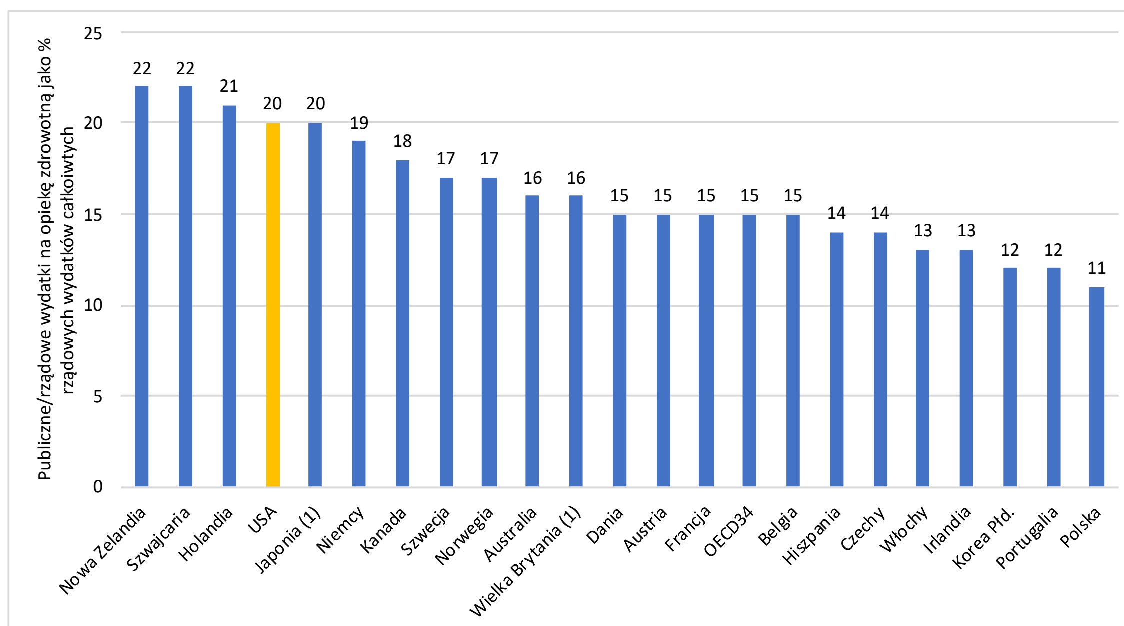
Uwagi: Podane wielkości nie uwzględniają inwestycji; (1) Dane za 2012 r.

Relatywnie wysoki poziom wydatków rządowych na opiekę zdrowotną spowodował, że wydatki te stanowiły 22,3% całkowitych wydatków rządowych USA w 2013 r., co było najwyższym wynikiem na świecie (rysunek 4). Dla następnej w kolejności Australii wskaźnik ten wyniósł 18,8%. Co ciekawe, USA przeznaczają więcej publicznych środków na opiekę zdrowotną niż na opiekę społeczną (20,7%).

Co więcej, rządowe nakłady na opiekę zdrowotną systematycznie rosną, zwłaszcza za sprawą programów Medicare i Medicaid, które zostały zainicjowane w połowie lat 60-tych XX w. Przykładowo, tylko w latach 2000-2013 całkowite (federalne) rządowe wydatki na programy zdrowotne (głównie na Medicare i Medicaid – w 2013 r. stanowiące około 88% wszystkich wydatków) wzrosły z 389 mld USD do ponad 955 mld USD, co stanowiło wzrost o około 145%.[250] Szczegółowe dane na ten temat zostały zawarte na rysunku 5.

[250] Whitehouse.gov, *Total Outlays for Health Programs: 1962–2021*, brak daty, https://obamawhitehouse.archives.gov/omb/budget/Historicals (dostęp: 05.07.2019).

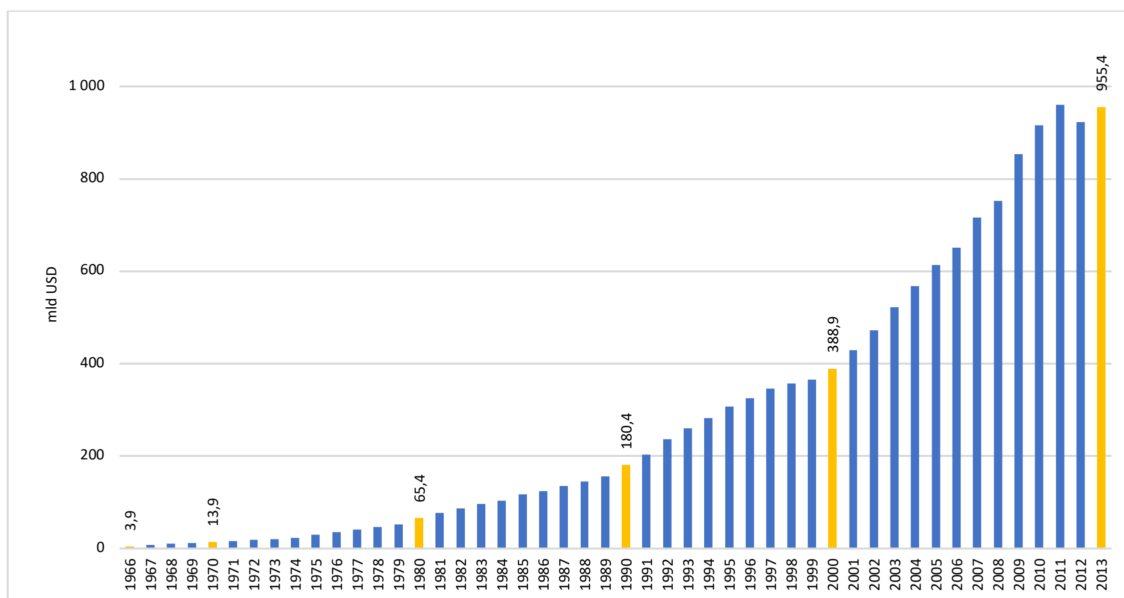
Rysunek 4. Procentowy udział publicznych/rządowych wydatków na opiekę zdrowotną w rządowych wydatkach całkowitych wybranych krajów w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 171.

Uwagi: (1) Dane odnoszą się do całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną – wydatków bieżących oraz wydatków inwestycyjnych/kapitałowych.

Rysunek 5. Wzrost całkowitych rządowych (federalnych) wydatków na opiekę zdrowotną w USA w latach 1966-2013



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Whitehouse.gov, *Total Outlays for Health Programs: 1962-2021*, brak daty, https://obamawhitehouse.archives.gov/omb/budget/Historicals (dostęp: 05.07.2019).

Uwagi: Do 1980 r. w wydatkach całkowitych nie były uwzględniane wojskowe wydatki medyczne (Defense Health Program).

Powyższe dane pokazują, że zaangażowanie państwa w system ochrony zdrowia USA nieustannie rośnie oraz, co istotniejsze, że do osiągnięcia poziomu wydatków krajów Europy Zachodniej nie jest niezbędny system jednego płatnika (single-payer system). Przykład USA dobrze świadczy o tym, że relatywnie wysoki poziom wydatków rządowych jest możliwy w bardziej zdecentralizowanej, ale także silnie interwencjonistycznej, strukturze instytucjonalnej.

Ekspansja rządowych programów zdrowotnych wraz z interwencjami na rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych znacząco przyczyniła się do zmiany struktury finansowania dostępu do usług medycznych w USA. Na przestrzeni lat udział tzw. *trzeciej strony* (third-party payer) wzrósł kosztem płatności bezpośrednich. [251] W 2013 r. już prawie co drugi dolar (48%) wydawany na opiekę zdrowotną był już wydatkiem rządowym. Resztę stanowiły wydatki bezpośrednie (12%), prywatne ubezpieczenia zdrowotne (35%) oraz pozostałe źródła (5%), co obrazuje rysunek 6.[252]

Ma to także swoje odzwierciedlenie w stale rosnącej liczbie Amerykanów objętych rządowymi programami zdrowotnymi. Według danych Kaiser Family Foundation (KFF) w 2013 r. prawie 1/3 (32%) Amerykanów była objętych takimi programami z czego 18% było beneficjentami Medicaid, 12% Medicare a 2% stanowiły osoby objęte programem administracji weteranów (Veteran Administration – VA).[253] Stale rosnąca liczba beneficjentów jest jednym z powodów wzrostu rządowych nakładów. Inny problem to starzejące się społeczeństwo. Tylko w programie Medicare, przeznaczonym dla osób starszych, liczba beneficjentów wzrosła z 19 mln w 1966 r. do ponad 52 mln w 2013 r.[254] Szczegółowe informacje na temat udziału ludności USA w poszczególnych programach finansujących dostęp do usług medycznych zostały przedstawione w tabeli 1.[255]

---

[251] Więcej na ten temat zob. także. podrozdział 5.4 w rozdziale 5.

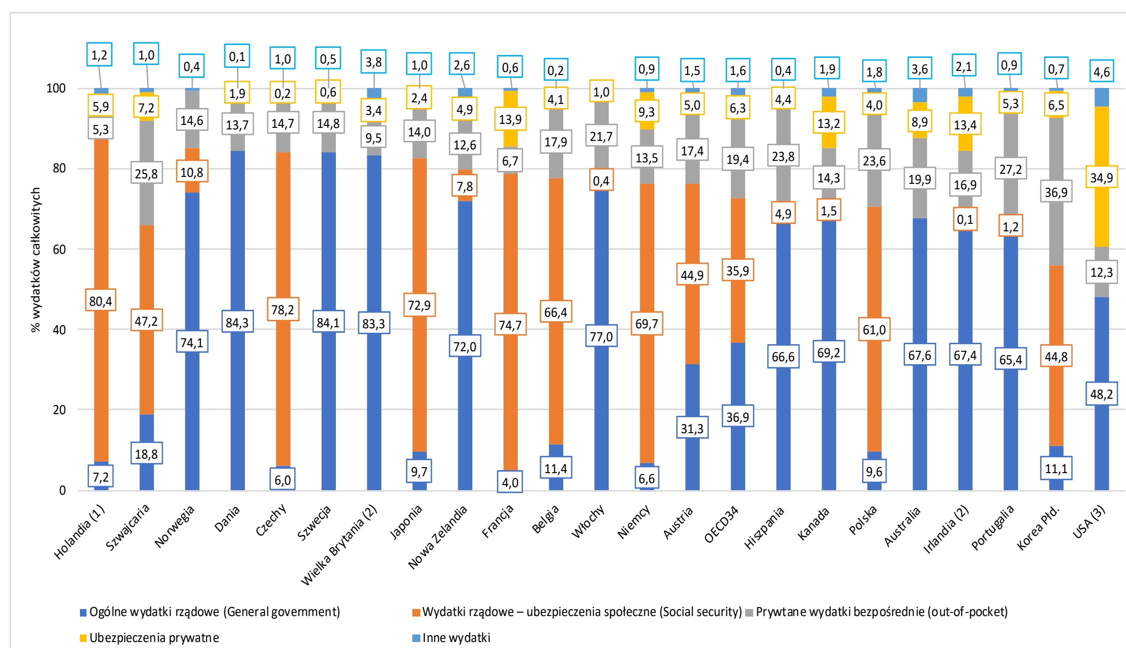
[252] OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 171.

[253] Kaiser Family Foundation, *Health Insurance Coverage of the Total Population*, brak daty, https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?currentTimeframe=4&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 05.07.2019).

[254] CMS, *Medicare Enrollment - National Trends 1966-2013*, brak daty, https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/MedicareEnrpts/Downloads/SMI2013.pdf (dostęp: 05.07.2019).

[255] Problem nieubezpieczonych zostanie przeanalizowany w podrozdziałach 3.5 oraz 4.1 (punkt 4.1.2).

Rysunek 6. Procentowy udział wydatków na opiekę zdrowotną wybranych krajów wg poszczególnych źródeł finansowania w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 171.

Uwagi: (1) W Holandii obowiązkowe wydatki bezpośrednie (w ramach systemu publicznego) zaliczane są do rządowych wydatków na ubezpieczenia społeczne (social security), co prowadzi do zaniżonego udziału prywatnych wydatków bezpośrednich (out-of-pocket); (2) Dane odnoszą się do całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną – wydatków bieżących oraz wydatków inwestycyjnych/kapitałowych; (3) W ogólnych wydatkach rządowych uwzględnione zostały także rządowe wydatki na ubezpieczenia społeczne.

Tabela 1. Udział ludności USA w poszczególnych programach/ubezpieczeniach finansujących dostęp do usług medycznych w 2013 r.

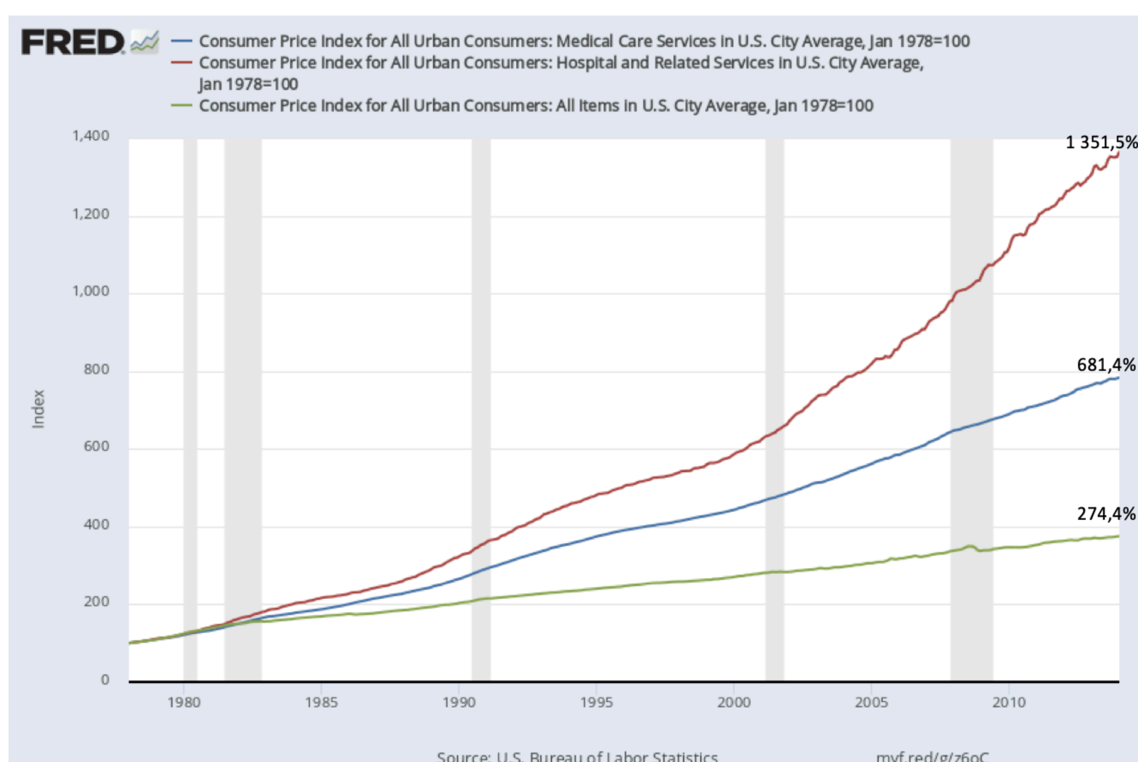
Rodzaj programu	Udział (%)	L. ubezpieczonych (mln)
Prywatne ubezpieczenie zawierane przez pracodawcę	48,4	148,8
Prywatne ubezpieczenie zawierane indywidualnie	5,3	16,3
Medicaid	17,8	54,7
Medicare	12,3	37,9
Wojskowa opieka zdrowotna	1,6	4,8
Nieubezpieczeni	14,6	44,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaiser Family Foundation, *Health Insurance Coverage of the Total Population*, brak daty, https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?currentTimeframe=6&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 05.07.2019).

Uwagi: Szacunki dla Medicare nie obejmują seniorów posiadających prywatne ubezpieczenie zawarte przez pracodawcę i pracujących na pełen etat czy jednocześnie ubezpieczonych w ramach Medicaid (tzw. *podwójna kwalifikacja – dual eligibles*).

Sztuczna ekspansja tzw. *trzeciej strony* jest jedną z przyczyn bardzo istotnego problemu USA – stale rosnących kosztów opieki medycznej. Głównym problemem z jakim zmagają się USA jest zatem nie tyle ogólny poziom wydatków jako procent PKB, co dynamika wzrostu cen w opiece zdrowotnej – z reguły zawsze przekraczająca wskaźnik cen i towarów konsumpcyjnych (CPI). Tylko od początku 2000 r. do końca 2013 r. – ostatniego roku przed wejściem w życie ObamaCare – ceny usług opieki medycznej w USA wzrosły o 76%, ceny usług szpitalnych zwiększyły się jeszcze bardziej, bo o około 130%, podczas gdy wskaźnik CPI wzrósł o 38%. Szerszy przedział czasowy przedstawia rysunek 7.

Rysunek 7. Porównanie wskaźników cen usług opieki medycznej (CPI – medical care services) oraz cen usług szpitalnych (CPI – hospital and related services) z ogólnym poziomem cen towarów i usług konsumpcyjnych (CPI) w latach 1978-2013



Źródło: opracowanie własne na podstawie: FRED, Economic Data (Federal Reserve Bank of St. Louis), *FRED Graph/ Consumer Price Index for All Urban Consumers: Medical Care Services in U.S. City Average*, brak daty, https://fred.stlouisfed.org/series/CUSR0000SAM2#0 (dostęp: 05.07.2019).

Uwagi: Dokładny przedział czasowy przedstawiony na rysunku to 01.01.1978–01.12.2013; Szare pola oznaczają okresy recesji; Wartości wszystkich indeksów dla 01.01.1978 r.=100.

Część obserwatorów przyczyn tego stanu rzeczy doszukuje się w chciwości towarzystw ubezpieczeniowych, przedsiębiorstw farmaceutycznych, szpitali oraz lekarzy

– dopóki ich zapędy nie zostaną poddane kontroli państwa, dopóty USA będą doświadczały stale rosnących cen i wydatków na opiekę zdrowotną. Amerykański ekonomista Charles van Eaton określa takie poglądy jako tzw. *teorie złoczyńcy* (villain theories).[256] Pomimo, że jest w nich zawarte ziarno prawdy, to jednak ich autorzy zdają się ignorować fakt, że chociaż udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia, w całości wydatków, w Stanach Zjednoczonych jest nieco niższy i w 2013 r. wyniósł niecałą połowę, nie oznacza to, że pozostała (*prywatna*) część wydatkowana jest bez żadnego wpływu państwa. Prawdą jest, że USA posiadają najwyższy na świecie wskaźnik prywatnych wydatków na opiekę zdrowotną per capita (4.515 USD w 2013 r.) znacznie przewyższając pod tym względem drugą w kolejności Szwajcarię – 2.084 USD (rysunek 8). Nie oznacza to jednak, że amerykański system ochrony zdrowia można określić mianem systemu rynkowego – przede wszystkim z uwagi na liczne interwencje w wielu jego obszarach[257], mających miejsce dawno przed reformą PPACA (ObamaCare). System ochrony zdrowia USA należy określić bardziej jako system mieszany, podlegający bardzo wielu regulacjom, które zaczęły zaburzać wcześniejsze, rynkowe relacje popytowo-podażowe. Jak wskazuje John C. Goodman:

(…) *w sektorze opieki zdrowotnej normalne procesy rynkowe zostały zastąpione przez biurokratyczne instytucje a rynkowe zachęty rynkowe przez biurokratyczne przepisy. W rezultacie zakres indywidualnej inicjatywy jest znacznie ograniczony i często ludzie mogą realizować swoje własne interesy tylko przez tworzenie kosztów dla innych. Na przykład:*

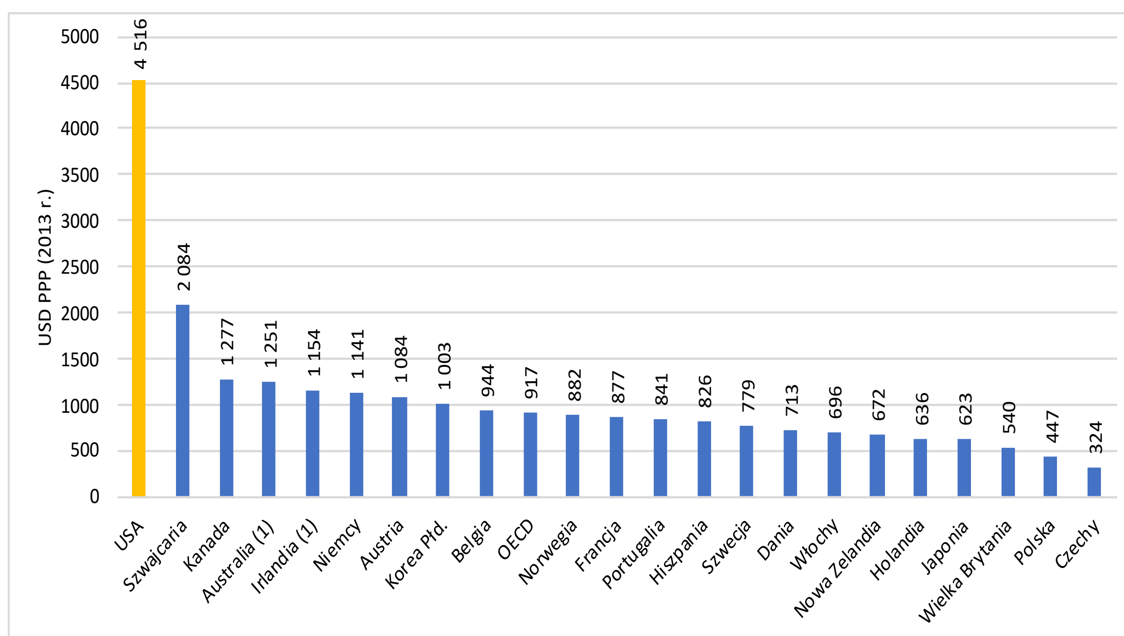
- *Podczas gdy konsumenci na normalnym rynku wydają własne pieniądze, na rynku medycznym zazwyczaj wydają oni cudze pieniądze. Na jednego dolara stanowiącego przychód szpitala tylko 5 centów pochodzi bezpośrednio od pacjentów, a w przypadku honorariów lekarzy jest to 19 centów.*
- *Podczas gdy producenci na normalnym rynku stale poszukują sposobów na obniżenie kosztów, lekarze i szpitale często zwiększają swoje dochody poprzez wzrost kosztów. Ich sukces bardziej od zależy od spełnienia wymogów dotyczących formuł refundacyjnych płatników zewnętrznych (rządowych i prywatnych) niż od usług świadczonych pacjentom.* (…)
- *Chociaż innowacje i zmiany technologiczne na normalnym rynku są postrzegane jako dobre dla konsumentów, płatnicy zewnętrzni na rynku medycznym są coraz bardziej wrogo nastawieni do*

[256] Ch. van Eaton, *Rising Health-Care Costs: Who's the Villain*, 01.04.1995, https://fee.org/articles/rising-health-care-costs-whos-the-villain/ (dostęp: 05.07.2019).
[257] Najważniejsze z nich oraz ich skutki zostaną opisane w następnych podrozdziałach.

nowych technologii i zniechęcają do ich rozwoju.

- *Podczas gdy producenci na normalnym rynku reklamują rabaty cenowe i różnice jakościowe swoich usług, większość pacjentów na rynku szpitalnym nie może dowiedzieć się, jaki będzie koszt usługi przed przyjęciem do szpitala i nie może odczytać rachunku szpitalnego po wypisaniu ze szpitala. Pacjenci rzadko mogą uzyskać informacje na temat jakości lekarzy lub szpitali, nawet gdy problemy z jakością takich usług są dobrze znane w środowisku medycznym.*[258]

Rysunek 8. Prywatne wydatki na opiekę zdrowotną per capita wybranych krajów w 2013 r. (USD PPP)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 165.

Uwagi: Podane wielkości nie uwzględniają inwestycji; (1) Dane za 2012 r.

Rola ubezpieczeń zdrowotnych, czy to prywatnych czy publicznych, została sztucznie rozbudowana osłabiając w ten sposób wrażliwość cenową konsumenta. Z kolei płatności bezpośrednie posiadają wiele zalet, które pozwalają na uniknięcie marnotrawstwa. Tymczasem we współczesnym świecie, zdaje się dominować narracja utożsamiająca brak ubezpieczenia zdrowotnego z działaniem skrajnie nieracjonalnym i nieodpowiedzialnym. W nieskrępowanych warunkach rynkowych konsument może wybierać zarówno pomiędzy ubezpieczeniem jako płatnością typu pre-paid, a wydatkami bezpośrednimi, ale także pomiędzy ubezpieczeniem a inną formą płatności

[258] J. C. Goodman, G. L. Musgrave, *Patient power. Solving America's health care crisis*, Cato Institute, Waszyngton 1992, s. 20-21.

pre-paid jak np. abonament medyczny.

Inną, istotną kwestią jest to, że niektóre interwencje, początkowo nieistotne, z czasem lub na skutek kolejnych interwencji zaczęły uwidaczniać wcześniej błędne przyjęte założenia i ostatecznie, ewoluowały do poważnych problemów, które obecnie widoczne są w systemie ochrony zdrowia USA. Być może relatywnie wysoki udział wydatków prywatnych czy postrzeganie USA jako kraju sprzyjającego wolności i przedsiębiorczości utrwaliły w wielu Amerykanach przekonanie o wciąż silnym, rynkowym fundamencie, na którym stał kiedyś amerykański system ochrony zdrowia. To przekonanie jest jednym z powodów, dla których wielu Amerykanom bardzo trudno jest zaakceptować fakt, że ich obecny system jest bardzo interwencjonistyczny. Kiedy komentatorzy w mediach narzekają np. na rosnące ceny usług medycznych, wielu Amerykanów jest skłonnych interpretować to zjawisko jako efekt procesów rynkowych, a nie nasilającego się interwencjonizmu. W przeciwnym wypadku musieliby oni odrzucić wszytko to czego o wolnej Ameryce uczono ich w szkołach, a to może okazać się dla nich zbyt dużym wysiłkiem (kosztem). [259] Wielu Amerykanom bardzo trudno jest zaakceptować fakt, że obecny kształt oraz sposób funkcjonowania systemu ochrony zdrowia USA, oparty na tzw. *prawie do opieki zdrowotnej*, nie ma nic wspólnego z wolnościowymi założeniami zawartymi w Deklaracji Niepodległości. Jak wskazuje William Dale:

Prawa, właściwie rozumiane, nie obejmują uprawnienia do usług świadczonych przez inne osoby.

Przywołajmy Deklarację Niepodległości. Thomas Jefferson odniósł się do prawa do dążenia do szczęścia, a nie prawa do szczęścia. Ludzie mają prawo, aby kierować swoim życiem w wybrany przez nich sposób o ile nie narzucają swojej woli innym. Interakcje z innymi ludźmi muszą być dobrowolne.

Przeciwny pogląd, tak powszechny dzisiaj, jest taki, że ludzie są uprawnieni, z mocy prawa, do pewnych towarów i usług, a tym samym do dostarczania ich przez pozostałych. Zwolennicy tego poglądu twierdzą, że ludzie mają prawo do takich rzeczy jak jedzenie, schronienie, odzież, edukacja, a teraz opieka zdrowotna. Inni ludzie, zgodnie z prawem, powinni być zmuszani, aby zapewnić te rzeczy, a interakcje powinny być wymuszone.[260]

---

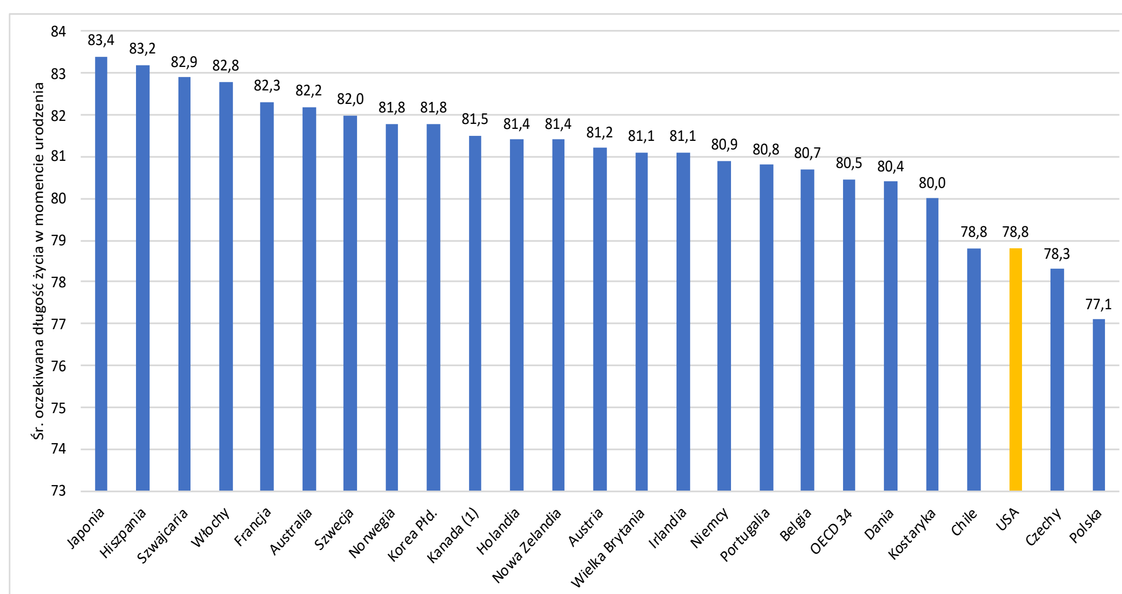
[259] J. G. Horbenger, *The Real Free-Market Approach to Health Care*, w: J. G. Horbenger, R. M. Ebeling (red.), *The Dangers of Socialized Medicine*, The Future of Freedom Foundation, USA 1994, s. 18-19.

[260] W. Dale, *Free Medicine*, w: J. G. Horbenger, R. M. Ebeling (red.), *The Dangers of Socialized Medicine*, The Future of Freedom Foundation, USA 1994, s. 86.

Często jako dowód problemów systemu ochrony zdrowia USA przedstawiane są dane dotyczące długości życia ludności oraz śmiertelności niemowląt. Według tych statystyk USA znacznie odbiegają pod tymi względami od innych rozwiniętych krajów, co ma stanowić argumenty za zwiększeniem nakładów czy zmianami instytucjonalnymi w systemie amerykańskim w celu poprawy tych wskaźników. Jednak, na tym polu dochodzi do zbyt wielu uproszczeń oraz błędnych interpretacji finalnych danych na które składa się bardzo wiele czynników występującym poza obszarem opieki zdrowotnej.

W pierwszej kolejności warto przyjrzeć się danym na temat średniej oczekiwanej długości życia w momencie urodzenia. Według nich wskaźnik ten dla USA w 2013 r. wyniósł 78,8 lat, podczas gdy średnia dla krajów OECD to 80,5 lat (rysunek 9).

Rysunek 9. Średnia oczekiwana długość życia w momencie urodzenia w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 47.

Uwagi: (1) Dane za 2011 r.

Chociaż dane te wydają się pozornie łatwe w interpretacji, to należy zachować dużą ostrożność, zwłaszcza jeśli chodzi o porównywanie na ich podstawie jakości opieki zdrowotnej poszczególnych krajów oraz tworzenia rekomendacji dla polityki zdrowotnej. Pomimo, że pomiędzy poszczególnymi krajami mogą występować większe lub mniejsze różnice, to należy pamiętać, że występują one także w każdym z tych krajów. Jako przykład można podać oczekiwaną długość życia w momencie urodzenia

wg płci. Według danych OECD za 2013 r. średnia oczekiwana długość życia dla mężczyzn w USA wyniosła 76,4 lat podczas gdy dla kobiet już 81,2 lat[261]. Podobne różnice pojawiają się, jeśli weźmie się pod uwagę kryterium rasowe. Przykładowo, oczekiwana długość życia w momencie urodzenia w 2011 r. dla białych Amerykanów wyniosła 76,6 lat w porównaniu do 72,2 lat dla Afroamerykanów. Dla kobiet wielkości te wyniosły odpowiednio 81,1 i 78,2 lat.[262] W istocie, na wskaźnik ten składa się bardzo wiele innych zmiennych takich jak: styl życia (w tym nałogi), rasa, technologia, postępy w wiedzy medycznej, dochody czy wykształcenie. Szczegółowe informacje na ten temat przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Czynniki wpływające na oczekiwaną długość życia.

Styl życia	• Dieta • Otyłość • Ćwiczenia i siedzący tryb życia • Bezpieczne praktyki seksualne • Narkomania • Palenie papierosów • Stres
Heterogeniczność populacji	• Podatność genetyczna na choroby i leczenie • Klasa społeczno-ekonomiczna • Zachowania akceptowalne w podgrupach populacji • Różnica dochodowe • Wykształcenie
Różnice kulturowe	• Zachowanie w stosunku do zaleceń dotyczących zachowań zmniejszających ryzyko choroby • Akceptowalność porad lekarskich • Wiarygodność pacjentów w utrzymaniu terapii zalecanych przez lekarza • Chęć odpoczynku od pracy w celu wyleczenia choroby
Warunki społeczne i środowiskowe	• Współczynnik zabójstw • Współczynnik samobójstw • Wypadki drogowe • Urbanizacja
Decyzje dotyczące standardów opieki medycznej	• Częstość mnogich urodzeń w wyniku leczenia niepłodności • Ustalenie priorytetów w przypadku przedwczesnych urodzeń • Chęć rozszerzenia opieki medycznej przedłużającej życia starszym pacjentom

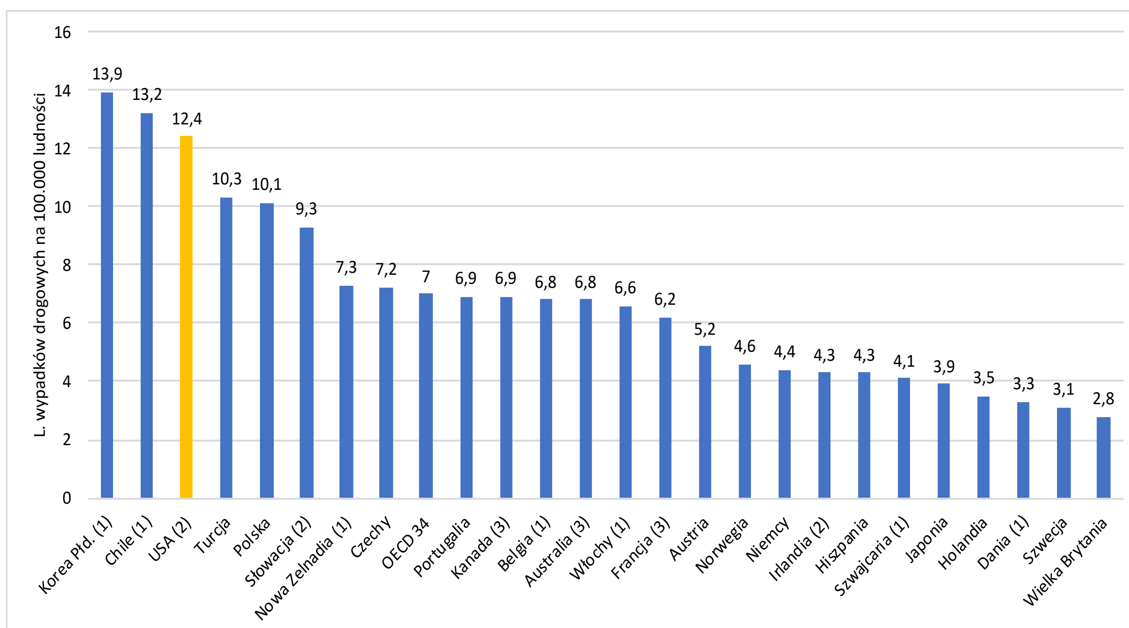
Źródło: opracowanie własne na podstawie: S. W. Atlas, *In excellent health. Setting the record straight on America's health care*, Hoover Institution Press, USA 2011, s. 37.

[261] OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 49.

[262] M. J. Bond, A. A. Herman, *Lagging Life Expectancy for Black Men: A Public Health Imperative*, „American Journal of Public Health" 2016, nr 106, s. 1167.

Większość z wymienionych powyżej czynników nie ma bezpośredniego lub żadnego związku opieką zdrowotną, a mimo to istotnie wpływa na wskaźnik oczekiwanej długości życia w momencie urodzenia. Do czynników takich zaliczyć można np. zabójstwa (śmiertelny uraz głowy), samobójstwa czy wypadki drogowe. Przykładowo, w USA liczba zgonów na skutek zabójstw jest dziesięć razy wyższa niż w Wielkiej Brytanii i Japonii oraz sześć razy wyższa niż w Szwecji i Kanadzie.[263] Z kolei wskaźnik samobójstw (na 100.000 populacji) w 2013 r. wyniósł 20,5 przy średniej 19,3 dla krajów OECD.[264] Wyraźniejsze różnice, na niekorzyść USA, widać po statystykach śmiertelnych wypadków drogowych. Wskaźnik ten wyniósł 18,1 (na 100.000 populacji) i był zdecydowanie wyższy od większości krajów – jedynym krajem rozwiniętym znajdującym się nad USA była Korea Południowa z wynikiem 22,1 (rysunek 10).

Rysunek 10. Śmiertelne wypadki drogowe (na 100.000 ludności) w wybranych krajach w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 55.

Uwagi: (1) Dane za 2012 r.; (2) Dane za 2010 r.; (3) Dane za 2011 r.

[263] S. W. Atlas, *In excellent health. Setting the record straight on America's health care*, Hoover Institution Press Publication, USA 2011, s. 38, cyt. za: R. L. Ohsfeldt, J. E. Schneider, *The Business of Health*, AEI Press, USA 2006, s. 19.

[264] OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 57.

Jednak jak wykazali Robert L. Ohsfeldt oraz John E. Schneider niekorzystne statystyki mogą się znacząco zmienić. Uwzględniając wszystkie czynniki zgonów USA plasowały się na 19-tym miejscu na świecie, jeśli chodzi o oczekiwaną długość życia w momencie urodzenia z wynikiem 75,3 lat (za okres 1980-1999). Z kolei, eliminując zmienność/różnice wynikające z śmiertelnych wypadków samochodowych oraz zabójstw, Stany Zjednoczone uplasowały się już na pierwszym miejscu wśród wszystkich krajów z wynikiem 76,9 lat.[265] Istotne dla tego kraju jest to, że większość zdarzeń śmiertelnych wśród osób młodych nie jest spowodowana czynnikami chorobowymi. Dane za 2007 r. pokazują, że wśród osób w wieku 1-24 lat były to takie czynniki jak: śmiertelne wypadki (44%), morderstwa (14%), samobójstwa (9%), co stanowi w sumie 67% wszystkich zdarzeń. Choroby i inne zdarzenia odpowiadają za 33% zdarzeń śmiertelnych. Z kolei dla osób w wieku 25-44 lat wyglądało to następująco: śmiertelne wypadki (26%), morderstwa (6%), samobójstwa (10%) a choroby i inne zdarzenia (58%).[266]

Należy także podkreślić, że część zgonów z powodu chorób jest przynajmniej pośrednio spowodowana nieodpowiednim stylem życia np. złym odżywianiem powodującym otyłość. Otyłość nie powoduje natychmiastowego zgonu jak np. śmiertelny wypadek, ale nieleczona niewątpliwie przyczynia się do wielu chorób i problemów ze zdrowiem w tym: nadciśnienia, wysokiego poziomu cholesterolu, cukrzycy, chorób układu krążenia, problemów z oddychaniem (astmy), chorób układu mięśniowo-szkieletowego (zapalenia stawów) i niektórych rodzajów raka.[267] Według danych OECD w 2013 r. USA posiadały najwyższy na świecie odsetek osób otyłych wśród ludności w wieku 15 lat i starszej wynoszący 35% przy średniej dla krajów OECD wynoszącej 18% (rysunek 11). Dodatkowo niepokojący jest fakt, że w latach 2000-2010 USA posiadały najwyższy odsetek 15-sto latków z nadwagą – w latach 2009-2010 było to już ponad 30% osób w tym wieku.[268]

---

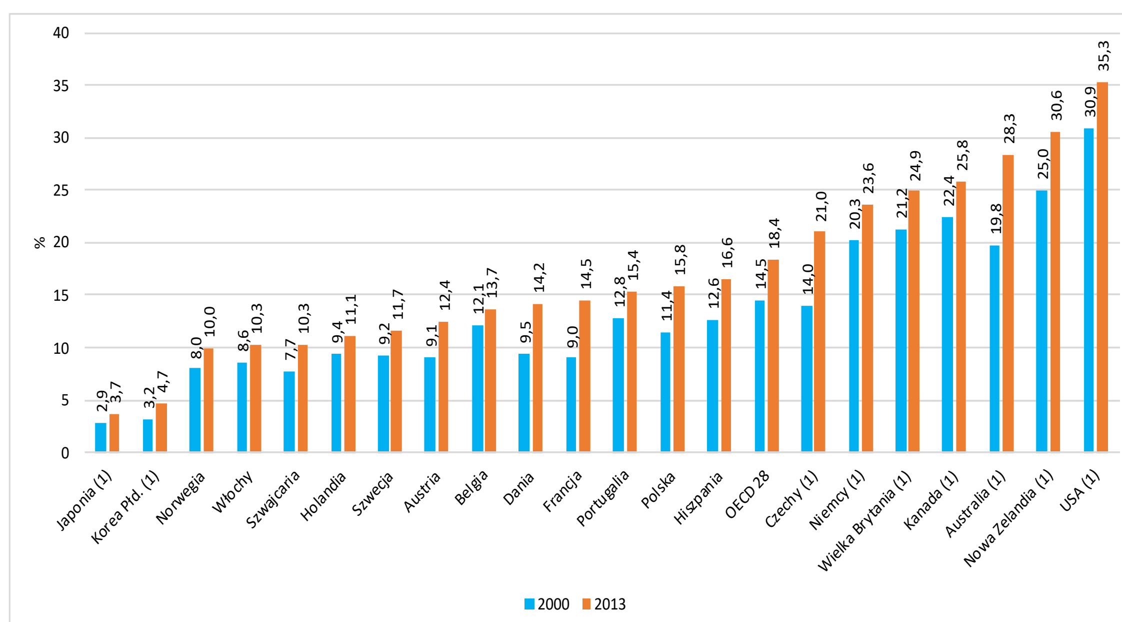
[265] R. L. Ohsfeldt, J. E. Schneider, *The Business of Health*, AEI Press, USA 2006, s. 21-22.

[266] S. W. Atlas, *In excellent health. Setting the record straight on America's health care*, Hoover Institution Press Publication, USA 2011, s. 38, cyt. za: E. Arias, i in., *United States Life Tables, 2005*, „National Vital Statistics Reports" 2010, nr 10; J. Xu, i in., *Deaths: Final Data for 2007*, „National Vital Statistics Reports" 2010, nr 19.

[267] OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 74.

[268] Ibidem, s. 77; Jako inny czynnik znacząco przyczyniający się do pogorszenia zdrowia i chorób wielu Amerykanów zaliczyć można najwyższą na świecie konsumpcję papierosów (przez około 50 lat do połowy lat 80-tych XX w.). Przyczynia się to do części przedwczesnych, współczesnych zgonów Amerykanów np.

Rysunek 11. Odsetek osób otyłych w wieku 15 lat lub więcej w 2013 r. oraz w 2000 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 75.

Uwagi: (1) Dane oparte na pomiarach, a nie na informacjach podanych przez badanych; Korea Płd. – dane za 2001 r.; Norwegia – dane za 2002 i 2012 r.; Szwajcaria – dane za 2002 i 2012 r.; Austria – dane za 1999 i 2006 r.; Belgia – dane za 2001 r.; Francja – dane za 2012 r.; Portugalia – dane z 1999 i 2006 r.; Polska – dane za 1996 i 2009 r.; Hiszpania – dane za 2001 i 2011 r.; Czechy – dane za 2010 r.; Niemcy – dane za 1999 i 2012 r.; Kanada – dane za 2004 r.; Australia – dane za 1995 i 2011 r.; Nowa Zelandia – dane za 2003 r.; USA – dane za 2012 r.

Należy także mieć na uwadze fakt, że wskaźnik oczekiwanej długości życia zmienia się wraz z wiekiem. Jak wskazuje Scott W. Atlas:

Wskaźniki umieralności w całym okresie życia niekoniecznie wykazują prostą zmianę liniową w czasie. Na przykład w 2006 r. średnia długość życia mężczyzn w USA w momencie urodzenia wynosiła 75,1 lat, ale średnia długość życia od sześćdziesiątego piątego roku życia wynosiła już 17,0 lat (dane OECD). Kraje mogą mieć na przykład taką samą ogólną oczekiwaną długość życia, ale znaczące różnice w oczekiwanej długości życia po okresie dzieciństwa lub po osiągnięciu dorosłości. (…)

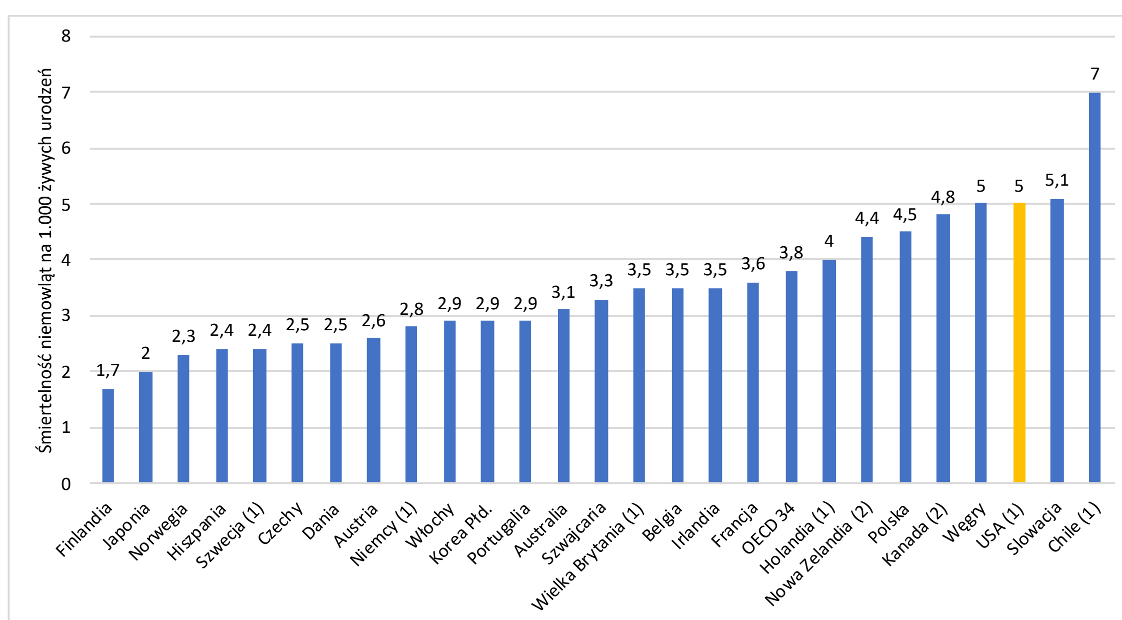
Stany Zjednoczone miały niezwykle wysoki wskaźnik przeżycia dla osób po osiemdziesiątym roku życia w porównaniu ze Szwecją, Francją, Anglią i Japonią, czyli niektórymi z krajów o najwyższych wskaźnikach oczekiwanej długości życia w momencie urodzenia.[269]

na skutek chorób serca. Więcej na ten temat zob. S. W. Atlas, *In excellent health. Setting the record straight on America's health care*, Hoover Institution Press Publication, USA 2011, s. 45, 47-50.

[269] S. W. Atlas, *In excellent health. Setting the record straight on America's health care*, Hoover Institution Press Publication, USA 2011, s. 44-45

Na oczekiwaną długość życia w momencie urodzenia wpływa także wskaźnik śmiertelności niemowląt, jednak również na tym polu dochodzi do wielu błędnych interpretacji wyników jakie w tym względzie osiągają USA. Również w tym przypadku, na końcowy wynik składa się bardzo wiele czynników w ogóle niepowiązanych z opieką zdrowotną. Według danych OECD, USA posiadają jeden z najwyższych wskaźników umieralności niemowląt wśród krajów rozwiniętych – 5[270] na 1.000 żywych urodzeń przy średniej dla krajów OECD wynoszącej 3,8[271] (rysunek 12).

Rysunek 12. Śmiertelność niemowląt w wybranych krajach w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 59.

Uwagi: (1) Dane za 2012 r.; (2) Dane za 2011 r.

W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na fakt, że wg badań około 75% zgonów noworodków na świecie jest obliczana na podstawie wysoce niewiarygodnych, pięcioletnich retrospektywnych badań gospodarstw domowych. Natomiast w USA dane te są rejestrowane przez szpitale i pracowników służby zdrowia, a zatem, już dokładność

[270] W 1960 r. wartość ta wynosiła 26, co oznacza spadek o około 81%. Więcej na te temat zob. OECD, *Infant mortality rates*, brak daty, https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm (dostęp: 11.07.2019).

[271] OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 59.

i sposób pozyskiwania danych znacząco różnią się od siebie.[272] Ponadto, w przypadku badań gospodarstw domowych istnieje wiele czynników zaniżających ten wskaźnik. Zaliczyć do nich można między innymi: chęć uniknięcia żmudnego procesu rejestracji (zwłaszcza w przypadku zgonów noworodków), niewiarygodność w przekazywaniu informacji, brak znajomości wymagań rejestracyjnych, opłaty zniechęcające do rejestracji, nierzetelna metodologia badań (np. 5-letni okres pomiędzy ciążą` a badaniem), strach przed osobistymi konsekwencjami, obawy kulturowe lub religijne czy nierozumienie istotnych pojęć (żywe urodzenie, martwe urodzenie czy śmierć noworodka).[273]

Równie ważną kwestią jest fakt, że w wielu krajach, w odróżnieniu od USA, praktyką jest nieujmowanie zgonów wcześniaków w statystykach umieralności niemowląt i noworodków. Jak wskazuje Atlas:

(…) *w innych krajach zaniżanie danych jest największe w przypadku zgonów, które występują bardzo szybko po urodzeniu. Ponieważ najwcześniejsze zgony stanowią 75 procent wszystkich zgonów noworodków, zaniżanie przez inne kraje – często błędnie klasyfikujące to, co było naprawdę żywymi urodzeniami, jako śmierć płodu (martwe urodzenia) – fałszywie wyklucza większość zgonów noworodków. Każde założenie, że praktyka zaniżania danych ogranicza się do krajów słabiej rozwiniętych, jest błędne. W rzeczywistości wiele opublikowanych, recenzowanych badań pokazuje, że zaniżanie liczby zgonów wczesnych noworodków waha się od 10 do 30 procent w wysoko rozwiniętych krajach Europy Zachodniej i Azji.*

Duże różnice w podstawowej definicji „żywych urodzeń" unieważniają porównania wczesnych zgonów noworodków. Stany Zjednoczone ściśle przestrzegają definicji WHO dotyczącej żywych urodzeń (…) *i wykorzystują ściśle zaimplementowany zestaw danych dotyczących urodzeń i zgonów niemowląt. Wiele innych krajów, w tym wysoko rozwinięte kraje Europy Zachodniej, używa znacznie mniej rygorystycznych definicji zaniżających żywe urodzenia niemowląt, które wkrótce umierają. W konsekwencji, fałszywie zgłaszają korzystniejsze wskaźniki umieralności noworodków i niemowląt.* (…)

Ponieważ Stany Zjednoczone uwzględniają żywe narodziny wśród wszystkich dzieci, które wykazują „wszelkie dowody życia", nawet wśród tych najbardziej przedwczesnych i o najmniejszej wadze – w tej grupie dzieci najbardziej liczne są zgony noworodków – z konieczności uzyskują wyższy wskaźnik

[272] S. W. Atlas, *Infant Mortality: A Deceptive Statistic*, 14.09.2011, https://www.nationalreview.com/2011/09/infant-mortality-deceptive-statistic-scott-w-atlas/ (dostęp: 11.07.2019).

[273] S. W. Atlas, *In excellent health. Setting the record straight on America's health care*, Hoover Institution Press Publication, USA 2011, s. 67.

umieralności noworodków niż kraje, które tego nie robią.[274]

Nawet, jeśli pominie się kwestie rejestracyjne, to należy mieć na uwadze fakt, że USA są krajem o dużej różnorodności rasowo-etnicznej, co jest ściśle powiązane z licznymi wczesnymi urodzeniami. Jak konkluduje Atlas:

Dodatkowym ważnym powodem wysokiego wskaźnika umieralności niemowląt w Stanach Zjednoczonych jest wysoki odsetek urodzeń przedwczesnych w stosunku do innych krajów rozwiniętych. Zgony noworodków wiążą się głównie z wcześniactwem i niską masą urodzeniową. Dlatego fakt, że odsetek urodzeń przedwczesnych w USA jest znacznie wyższy niż we wszystkich innych krajach OECD – 65 procent wyższy niż w Wielkiej Brytanii i ponad dwukrotnie wyższy niż w Irlandii, Finlandii i Grecji – dodatkowo podważa wiarygodność porównywania śmiertelności noworodków. (…)

W całym rozwiniętym świecie i niezależnie od systemu opieki zdrowotnej, wskaźniki śmiertelności niemowląt są znacznie gorsze wśród populacji mniejszościowych, a USA mają znacznie większą różnorodność rasy i pochodzenia etnicznego niż jakikolwiek inny kraj rozwinięty. (…)

Niejednorodność populacji w szczególności zakłóca wskaźniki śmiertelności w Stanach Zjednoczonych, ponieważ heterogeniczność rasowo-etniczna USA jest znacznie wyższa, cztery do ośmiu razy większa niż w krajach Europy Zachodniej, takich jak Szwecja, Norwegia, Francja i Wielka Brytania.[275]

Dlatego, chociaż dane zwarte na rysunku 12 zawierają informację o uwzględnieniu minimalnego progu 22 tygodni okresu ciąży (lub 500 gramach masy urodzeniowej) w celu usunięcia wpływu różnych praktyk rejestracyjnych wcześniaków w różnych krajach, to na relatywnie wysoki wynik USA względem krajów OECD po części dalej wpływ mają czynniki niezwiązane z opieką zdrowotną.[276]

W rzeczywistości, dzięki rozwojowi medycyny i technologii, noworodki o niskiej masie ciała mają większe szanse na przeżycie w USA niż np. w Japonii czy Norwegii, a więc krajów zajmujących wysokie miejsca pod względem oczekiwanej długości życia w momencie urodzenia oraz przeżywalności niemowląt. USA zajmują także wysokie miejsca, jeśli chodzi o przeżywalność wcześniaków pomimo zdecydowanie większej

[274] S. W. Atlas, *Infant Mortality: A Deceptive Statistic*, 14.09.2011, https://www.nationalreview.com/2011/09/infant-mortality-deceptive-statistic-scott-w-atlas/ (dostęp: 11.07.2019).

[275] Ibidem.

[276] Oprócz różnorodności rasowo-etnicznej można do takich czynników zaliczyć chociażby wzrost urodzeń mnogich co wynika z coraz wyższego wieku, w którym kobiety zachodzą w ciążę. Ciąża mnoga wiąże się z kolei z wyższymi wskaźnikami zgonów i porodów przedwczesnych. Więcej na ten temat zob. S. W. Atlas, *In excellent health. Setting the record straight on America's health care*, Hoover Institution Press Publication, USA 2011, s. 85-87.

różnorodności rasowo-etnicznej czy wzrostu urodzeń mnogich.[277] Niewątpliwie, dane te świadczą o bardzo wysokim poziomie opieki zdrowotnej w USA.[278]

Dlatego należy zachować dużą ostrożność przy tworzeniu i interpretacji wszelakich rankingów i analiz porównujących systemy opieki zdrowotnej poszczególnych krajów. Rozwiązania systemowe w danym kraju mogą być wadliwe, ale *wyniki* takiego systemu nie muszą być całkowicie widoczne np. poprzez wpływ technologii czy rynkowych alternatyw zmniejszających kolejki w systemach publicznych. Poza tym, należy mieć na uwadze istotne czynniki w ogóle nie związane z opieką zdrowotną jak chociażby styl życia czy przynależność rasowo-etniczna, które potrafią skutecznie *zniwelować* wpływ środków publicznych. Przykładowo, problem niskiego wskaźnika urodzeń wśród Afroamerykanów wciąż jest aktualny pomimo istnienia od 1972 r. *Specjalnego Programu Żywieniowego dla Kobiet, Noworodków i Dzieci* (WIC). Rząd federalny wyszedł z błędnego założenia, że przyczyną tego stanu rzeczy jest niedożywienie spowodowane niskimi dochodami podczas gdy prawdziwą przyczyną niskiej wagi były wspomniane wcześniej urodzenia przedwczesne, przy których styl życia ma duże znaczenie.[279]

Chociaż system ochrony zdrowia USA nie jest w stu procentach rynkowy, a nieustannie zwiększające się wydatki rządu oraz regulacje utrudniają jego funkcjonowanie, to poziom zaawansowania technologicznego należy ocenić jako najwyższy lub jeden z najwyższych na świecie. Według szacunków około 80% wszystkich innowacji w opiece zdrowotnej, przynajmniej częściowo, pochodzi z USA. Zaliczyć do nich można między innymi: rezonans magnetyczny (MRI), tomografię komputerową (CT), statyny, operacje pomostowania aortalno-wieńcowego, antagonisty receptora H2,

---

[277] Więcej na ten temat zob. S. W. Atlas, *In excellent health. Setting the record straight on America's health care*, Hoover Institution Press Publication, USA 2011, s. 59-63.

[278] Warto dodać, że dane dotyczące oczekiwanej długości życia czy umieralnością niemowląt prowadzą do mylnych wniosków nie tylko w przypadku systemu opieki zdrowotnej USA, ale np. także Kuby. Więcej na ten temat zob. G. Berdine, V. Geloso, *Cuban infant mortality and longevity: health care or repression?,* "Health Policy and Planning" 2018, nr 33, s. 755-757; J. Nordlinger, *The Myth of Cuban Health Care*, 11.06.2007, https://www.nationalreview.com/2007/07/myth-cuban-health-care/ (dostęp: 13.07.2019); D. J. Mitchell, *The Myth of Cuba's Glorious Health Care System*, 23.01.2019, https://fee.org/articles/the-myth-of-cubas-glorious-health-care-system/?utm_source=zapier&utm&fbclid=IwAR2cm2Xh2UUZg1Wjzh1B_Kh_sor7PnIG3EikWcWUiSVczb-zNkz9zacxn2c (dostęp: 13.07.2019).

[279] M. N. Rothbard, *Ekonomiczny punkt widzenia*, Instytut Ludwiga von Misesa, Wrocław 2015, s. 53-54.

selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI), ekstrakcje zaćmy i implanty soczewek czy operacje wymiany stawu kolanowego.[280] USA posiadają 34 skanery tomografii komputerowej (na milion mieszkańców) w porównaniu do 12 w Kanadzie i 8 w Wielkiej Brytanii oraz 27 urządzeń do rezonansu magnetycznego (na milion mieszkańców), podczas gdy w Kanadzie i Wielkiej Brytanii wartość tak wynosi 6.[281] Te i inne innowacje przyczyniają się do poprawy życia wielu Amerykanów. Przykładowo, dzięki nim USA odnotowują wysokie wyniki w przeżywalności na raka prostaty, raka piersi, raka skóry (czerniak), raka szyjki macicy, raka jelita grubego raka płuc czy raka tarczycy.[282] Co ciekawe, od połowy lat 70-tych Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny trafiała do amerykańskich badaczy częściej niż do badaczy z krajów Unii Europejskiej, Szwajcarii, Kanady, Japonii i Australii łącznie. W okresie od 1969 do 2008 r. Amerykanie wygrali lub podzielili się Nagrodą Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny 57 razy, a badacze z Unii Europejskiej, Szwajcarii, Kanady, Japonii i Australii otrzymali ją 40 razy.[283]

USA wyróżniają się na tle innych krajów także pod kątem dostępności do specjalistów. Według badań CommnWealth przeprowadzonych w 2013 r. 76% Amerykanów czeka na wizytę do specjalisty mniej niż 4 tygodnie, a tylko dla 6% czas oczekiwania jest dłuższy niż 2 miesiące (rysunek 13). Natomiast, gorsze wskaźniki USA uzyskują w dostępności do lekarza lub pielęgniarki w momencie choroby lub potrzeby skorzystania z opieki medycznej – tylko 48% Amerykanów ma kontakt z lekarzem lub pielęgniarką pierwszego lub następnego dnia, a 26% czeka na taką wizytę 6 dni lub dłużej (rysunek 14).

---

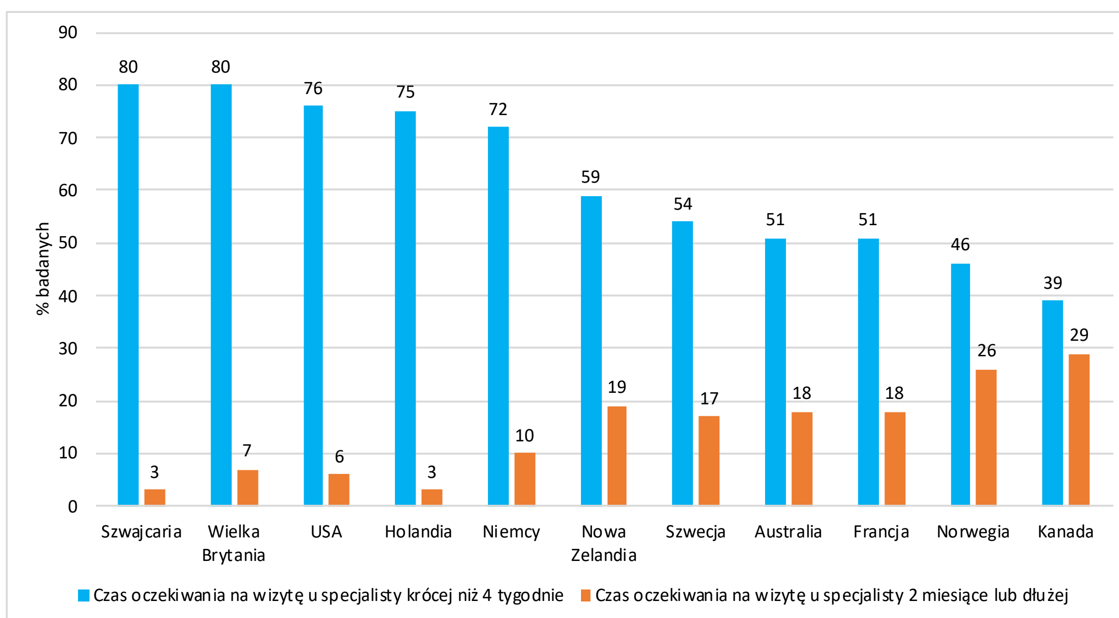
[280] S. W. Atlas, *In excellent health. Setting the record straight on America's health care*, Hoover Institution Press Publication, USA 2011, s. 185, 189.

[281] S. W. Atlas, *American health care: ignored facts and disregarded options*, w: S. W. Atlas (red.), *Reforming America's Health Care System: The Flawed Vision of ObamaCare*, Hoover Institution Press Publication, USA 2010, s. 14.

[282] Concord Working Group, *Cancer Survival in Five Continents: A Worldwide Population-based Study*, „Lancet Oncology" 2008, nr 8, s. 730–756; A. Verdecchia i in., *Recent Cancer Survival in Europe: A 2000–02 Period Analysis of EUROCARE-4 Data*, „Lancet Oncology" 2007, nr 9, s. 784–796; L. Ohsfeldt, J. E. Schneider, *The Business of Health*, AEI Press, USA 2006, s. 24.

[283] S. W. Atlas, *American health care: ignored facts and disregarded options*, w: S. Atlas (red.), *Reforming America's Health Care System: The Flawed Vision of ObamaCare*, Hoover Institution Press Publication, USA 2010, s. 15.

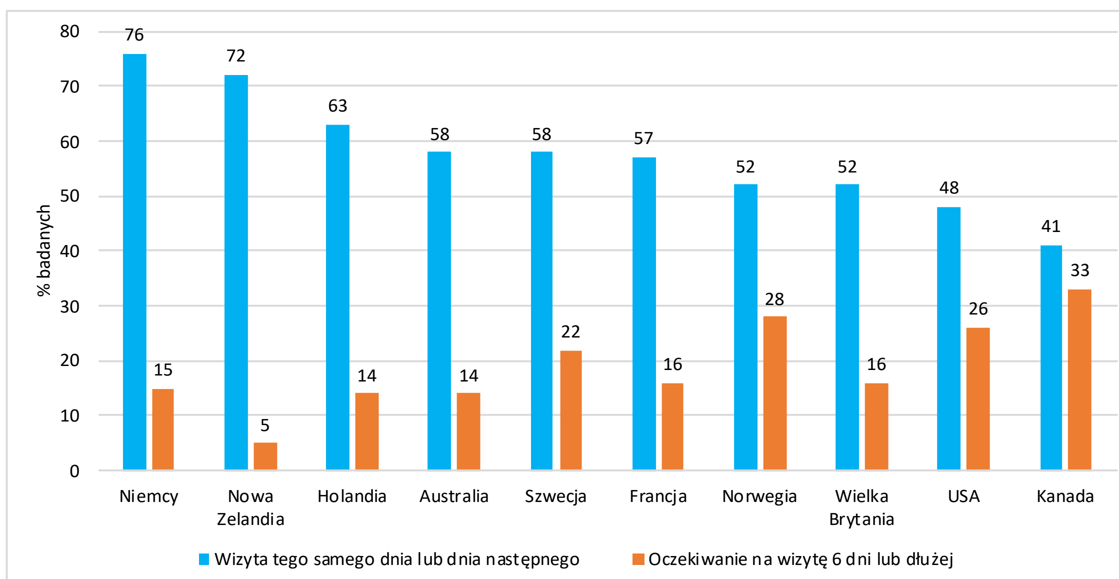
Rysunek 13. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty w wybranych krajach



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Commonwealth Fund, *The Commonwealth Fund 2013 International Health Policy Survey in Eleven Countries*, 13.11.2013, https://www.commonwealthfund.org/chart/2013/wait-times-specialist-appointment (dostęp: 13.07.2019).

Uwagi: Badanie oparte na ankietowanych zgłaszających potrzebę wizyty u specjalisty w ciągu ostatnich dwóch lat.

Rysunek 14. Czas oczekiwania na wizytę u lekarza lub pielęgniarki w przypadku choroby lub innej potrzeby skorzystania z opieki medycznej w wybranych krajach



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Commonwealth Fund, *The Commonwealth Fund 2013 International Health Policy Survey in Eleven Countries*, 13.11.2013, https://www.commonwealthfund.org/chart/2013/wait-times-specialist-appointment (dostęp: 13.07.2019).

Warto także wspomnieć, że w USA dobrze rozwijają się instytucje (tzw. *zogniskowane zakłady* wspomniane w rozdziale 1) świadczące usługi medyczne odpłatnie tzn. bez udziału *trzeciej strony* w postaci ubezpieczyciela czy programu rządowego. Jak wskazuje John C. Goodman i in.:

Staje się rzeczywistością to, co Regina Herzlinger, profesor Uniwersytetu Harvard, nazywa „zogniskowanymi zakładami" – ośrodkami świadczącymi wysoce efektywną, wyspecjalizowaną opiekę. Te przedsiębiorstwa opieki zdrowotnej zapewniają pacjentom niższe ceny, niższe wskaźniki umieralności, krótsze okresy pobytu oraz większą satysfakcję.

Na przykład, Centrum Chorób Piersi Johna Hopkinsa jest zogniskowanym zakładem specjalizującym się w operacyjnym usuwaniu piersi. Centrum Medyczne Dartmouth-Hitchcock w miejscowości Lebanon w New Hampshire stanowi zogniskowany zakład chirurgii serca. Pediatryczna Grupa Medyczna, która zarządza w dwudziestu jeden stanach jednostkami zajmującymi się noworodkami i świadczy usługi w dziedzinie pediatrii, jest kolejnym przykładem. Zogniskowane zakłady pojawiają się także w całym kraju, aby świadczyć usługi związane z rakiem, ginekologiczne i ortopedyczne. (…)

Centrum Raka imienia Sloana-Ketteringa w swym ogłoszeniu zamieszczonym w New York Times Magazine chlubiło się tym, iż „świadczy wszędzie najlepszą opiekę pacjentom chorym na raka" i opisywało, jak jego specjaliści ratowali życie, po tym jak lekarze w innych szpitalach już opuścili ręce.[284]

Powyższe przykłady świadczą o tym, że instytucje rynkowe, oferujące Amerykanom dostęp do wielu usług medycznych, stale się rozwijają. W celu lepszego zrozumienia ich zalet należy poddać rzetelnej analizie relacje pomiędzy interwencjonizmem a procesami rynkowymi, okresy funkcjonowania rynku przed interwencjonizmem czy funkcjonowanie obszarów (rynków) wciąż mniej regulowanych w USA.

[284] J. C. Goodman, G. L. Musgrave, D. M. Herrick, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, Fijorr Publishing, Warszawa 2008, s. 363-364.

3.2. Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne (American Medical Association – AMA)

Powstanie Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego

Od momentu swojego powstania do początków XX w. Stany Zjednoczone Ameryki nie posiadały instytucji rządowych czy instytucji prywatnych ściśle z rządem współpracujących, które silnie wpływałyby na procesy rynkowe w systemie ochrony zdrowia. W I połowie XIX w., w większości stanów, zniesione zostały przepisy, funkcjonujące jeszcze w epoce kolonialnej, dotyczące licencji na wykonywanie zawodu lekarza lub były one słabo egzekwowane. Było to możliwe między innymi dzięki rozwijającym się nurtom medycyny alternatywnej: homeopatii czy eklektyzmowi (medycynie thomsoniańskiej), które konkurowały z medycyną konwencjonalną (inaczej zwaną alopatią czy medycyną ortodoksyjną).[285]

Rozwój różnych nurtów w medycynie miał miejsce w okresie tzw. *medycyny heroicznej*, która była szczególnie praktykowana pod koniec XVIII w. i w I połowie XIX w. oraz już w mniejszym stopniu, w latach późniejszych. Swoją nazwę wzięła ona ze stosowanych metod leczenia, które wymagały od pacjentów znoszenia wielkiego wysiłku i bólu, a nieraz doprowadzały do ich śmierci. Jak wskazuje Nathan Belofsky:

> *W czasach „medycyny heroicznej”* (…) *lekarze uważali się za bohaterów takich jak strażacy spieszący do płonącego budynku. To, że podsycali ogień, zamiast go gasić, nie przeszkadzało im w najmniejszym stopniu. Właściwie tak bardzo zajęci byli przypalaniem, topieniem, wirowaniem i elektryzowaniem swoich pacjentów, że sprawiali wrażenie, jakby w ogóle niczego nie zauważali.* (…)
>
> *Wówczas upuszczanie krwi oraz oczyszczanie ciała z tajemniczych „humorów” osiągnęło swój szczyt. W obliczu nowych metod, które należało wypróbować, oraz nowych technologii, którymi się zabawiano, przypominało to zajadłe zwalczanie różnych chorób i schorzeń wraz z… samymi pacjentami.* (…)
>
> *W epoce heroicznej myśl oraz praktyka medyczna osiągnęły prawdopodobnie najniższy poziom rozwoju od czasu Hipokratesa, żyjącego dwa tysiące lat wcześniej.*[286]

---

[285] R. Hamowy, *The Early Development of Medical Licensing Laws in the United States, 1875-1900*, „The Journal of Libertarian Studies” 1979, nr 3, s. 73.

[286] N. Belofsky, *Jak dawniej leczono, czyli plomby z mchu i inne historie*, Wydawnictwo RM, Warszawa 2014, s. 110–111.

Tymczasem alternatywne i stale rozwijające się nurty medycyny alternatywnej stosowały odmienne, i często mniej tragiczne w skutkach, metody leczenia. Eklektyzm zalecał stosowanie środków roślinnych, łaźni parowych i odpoczynku, jednocześnie krytykując metody *medycyny heroicznej*. Podobnie było w przypadku homeopatii, która w procesie leczenia wykorzystywała rozcieńczone dawki leków, kładła nacisk na naturalne zdolności lecznicze samego organizmu, zalecała odpoczynek na świeżym powietrzu czy odpowiednią dietę. Bez wątpienia była to duża zmiana, w stosunku do wcześniej stosowanych metod. [287] Alternatywne metody leczenia skutecznie konkurowały z medycyną konwencjonalną i zyskiwały coraz większą popularność. Homeopatia była popularna w dużych ośrodkach miejskich na wschodzie, a eklektyzm na Środkowym Zachodzie i Południu kraju. Szacuje się, że w 1870 r. Około 8,6% wszystkich praktykujących lekarzy stanowili homeopaci a 4,3% lekarze opierający się na eklektyzmie. Według Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego, w 1880 r. wśród 100 szkół medycznych 14 nauczało homeopatii (12% wszystkich absolwentów), a 9 eklektyzmu (6% wszystkich absolwentów). [288] Dodatkowo, w II poł. XIX w., w USA zaczęły powstawać i rozwijać się kolejne nurty medycyny alternatywnej takie jak osteopatia czy chiropraktyka. Zniesienie wymogu posiadania licencji niewątpliwie wpłynęły na rozwój medycyny. Należy mieć na uwadze także fakt, że nawet jeśli nie wszystkie nowe szkoły były wystarczająco efektywne i z perspektywy dzisiejszych czasów zaawansowane, to wówczas były one symbolem pewnego postępu, zwłaszcza w porównaniu do metod i skutków leczenia wykorzystywanych przez *medycynę heroiczną*. Istotne jest również to, że za stan medycyny w I poł. XIX w. i w okresach wcześniejszych nie jest odpowiedzialny system rynkowy (kapitalizm). Wielkie odkrycia w medycynie były możliwe do zastosowania na szerszą czy masową skalę właśnie dzięki kapitalizmowi. Sam brak federalnych czy stanowych licencji nie oznacza, że każdy może praktykować medycynę, ale jedynie, że każdy może podjąć taką próbę konkurując o pacjentów z innymi lekarzami (szkołami).

Właśnie z taką konkurencją musieli mierzyć się przedstawiciele medycyny

[287] Więcej na ten temat zob. J. C. Whorton, *Nature Cures: The History of Alternative Medicine in America*, Oxford University Press, Nowy Jork 2004.

[288] R. Hamowy, *The Early Development of Medical Licensing Laws in the United States, 1875-1900*, „The Journal of Libertarian Studies” 1979, nr 3, s. 74.

konwencjonalnej (alopaci) w XIX w. w USA. Rozwój alternatywnych metod leczenia, powstawanie nowych szkół praktykowania medycyny czy różnorodne formy finansowania dostępu do usług medycznych utrzymywały ceny na niskim poziomie oraz wpływały na dochody lekarzy. Istniało wówczas wiele, często małych, szkół medycznych, które kształciły przyszłych lekarzy. Ich poziom był różny, od prestiżowych uniwersytetów medycznych stawiających wysokie wymagania w rekrutacji do niewiele wymagających szkół medycznych nie funkcjonujących jako uniwersytety. Chociaż poziom kształconych lekarzy był bardzo zróżnicowany, to procesy konkurencji sprawiały, że na rynku pozostawali co najmniej solidni fachowcy, podczas gdy ci o niskiej renomie z niego wypadali.[289]

Aby skuteczniej przeciwdziałać konkurencji i w efekcie spadającym dochodom przedstawicieli medycyny konwencjonalnej, postanowiono zreorganizować instytucje zrzeszające lekarzy alopatów i w 1847 r. utworzono Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne (AMA). AMA postawiło przed sobą trzy główne cele: po pierwsze, utworzenie stanowych licencji ograniczających możliwość wykonywania zawodu, co miało poprawić sytuację lekarzy znajdujących się na rynku; po drugie, eliminacja prywatnych i nastawionych na zysk szkół medycznych i zastąpienie ich mniej licznymi, ale bardziej prestiżowymi jednostkami nie nastawionymi na zysk, które edukowałby mniejszą liczbę studentów w wydłużonym okresie czasu; po trzecie, wyeliminowanie alternatywnych nurtów praktykowania medycyny, co również miało wpłynąć na mniejszą konkurencję w przyszłości.[290] W celu ich realizacji niezbędne było współdziałanie AMA z władzami poszczególnych stanów, a później z rządem federalnym.

Innym, bardziej ukrytym celem, było również podniesienie prestiżu i zaufania do alopatów wśród społeczeństwa. Część alopatów nie robiła dobrej reklamy swojej branży poprzez stosowanie takich metod leczenia jak: upuszczanie krwi z żył za pomocą skalpela, wykorzystywanie pijawek czy stosowanie soli metali ciężkich jak arszenik czy kalomel. Zdaniem AMA, problem stanowiła obecność lekarzy o *niskich* kwalifikacjach czy nawet różnej maści oszustów, którym należało zakazać możliwości leczenia ludzi. Jednak, sama alopatia również nie była wolna od wielu błędów czy wypaczeń

[289] D. McGuff, R. P. Murphy, *The Primal Prescription*, Primal Blueprint Publishing, USA 2015, s. 14–15.
[290] R. Hamowy, *The Early Development of Medical Licensing Laws in the United States, 1875-1900*, „The Journal of Libertarian Studies" 1979, nr 3, s. 75.

w medycynie.

Od momentu swojego powstania AMA prowadziła usilne starania, aby na poziomie stanowym wprowadzić licencje uprawniające do wykonywania zawodu. Z jednej strony, ograniczenie liczby praktykujących lekarzy miało podwyższyć jakość oferowanych usług, a z drugiej strony zwiększyć dochody już praktykujących lekarzy. Pierwszym krokiem w tym celu było powołanie stanowych komisji egzaminacyjnych (licencyjnych), które odpowiadały za dopuszczanie do wykonywania zawodu lekarza. Do 1901 r. wszystkie stany, oprócz Alaski i Oklahomy, posiadały już swoje własne komisje. Spośród 51 jurysdykcji, w 30 wymagane było ukończenie studiów medycznych oraz zdanie obowiązkowego egzaminu, w kolejnych 11 tylko zdanie egzaminu, w 7 następnych jurysdykcjach również niezbędne było zdanie egzaminu lub przedstawienie dyplomu ukończenia studiów, a 2 ostatnich jego przedstawienie było warunkiem wstępnym do odbycia praktyk w celu uzyskania stopnia doktora nauk medycznych. Prawo regulujące praktykę medyczną nie obowiązywało tylko w Alasce.

Jednak pomimo rozszerzających się przepisów, liczba praktykujących lekarzy wciąż rosła – z 82.000 w 1880 r. do 120.000 w 1900 r. Odnotowywano również roczny wzrost liczby absolwentów – z 3.250 w 1880 r. do 5.200 w 1890 r. Pozwoliło to na utrzymanie się większej liczby praktykujących lekarzy. W 1880 r. na 100.000 ludności przypadało 163 lekarzy, a w 1900 r. 157 i to pomimo stale rosnącej liczby ludności. Było to możliwe, ponieważ ponad 150 wówczas istniejących szkół medycznych było w stanie przygotować swoich studentów do zdania egzaminów. Z tego faktu można wyciągnąć ciekawy wniosek, że jednostki te były wystarczająco efektywne. Dlatego, w celu dalszego zaostrzania restrykcji, AMA poszło o krok dalej i do wymogu posiadania dyplomu dodano kolejne regulacje, które dały stanowym komisjom prawo do wykluczania absolwentów z, ich zdaniem, *substandardowych* szkół medycznych. Na przełomie XIX i XX w. kilkanaście stanów przyjęło przepisy, które upoważniały stanowe komisje egzaminacyjne do egzaminowania absolwentów szkół (uczelni) medycznych spełniających odpowiednie, zdaniem tych komisji, standardy.[291] [292]

[291] Jednak takie działania każą postawić pytanie czy w takim wypadku, we wcześniejszych latach, AMA nie popełniła dużego błędu ustanawiając zbyt niskie wymagania jednocześnie głosząc chęć poprawy jakości procesu edukacji i leczenia.

[292] R. Hamowy, *The Early Development of Medical Licensing Laws in the United States, 1875-1900*, „The Journal of Libertarian Studies” 1979, nr 3, s. 102–104.

Bardziej radykalne działania podjęto w 1904 r., kiedy powołana została Rada ds. Kształcenia Medycznego i Szpitali (Council on Medical Education). Jeszcze w tym samym roku Rada przeprowadziła inspekcję w uczelniach/szkołach medycznych i uznała, że wiele z nich nie spełnia odpowiednich standardów. Doprowadziło to do zamknięcia 35 uczelni/szkół w przeciągu 6 lat.[293]

Raport Flexnera

Jednak wyniki tego badania nie zostały oficjalnie opublikowane, co utrudniało podejmowanie dalszych działań. Dlatego, w 1910 r., zdecydowano się na powtórzenie badania. Zadanie to powierzone zostało Abrahamowi Flexnerowi przy wydatnym wsparciu Nathana P. Colwella, sekretarza Rady, który miał swój wkład w poprzednim badaniu, oraz Fundacji Carnegiego. Tak powstał tzw. *raport Felxnera*, który, *de facto*, w znacznej części był powtórzeniem czy nawet rozszerzeniem zaleceń inspekcji sprzed 6 lat. Raport był równie krytyczny w swojej ocenie funkcjonujących szkół (uczelni) co poprzednie badania. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że punktem odniesienia były standardy obowiązujące na prestiżowym uniwersytecie medycznym im. Johna Hopkinsa. Zatem, nawet jeśli jakaś jednostka była w stanie przyzwoicie przygotować swoich studentów do zdania egzaminu i wykonywania zawodu lekarza (co miało miejsce w latach wcześniejszych), ale znacząco odbiegała od najwyższych standardów, to wg twórców raportu powinna zreorganizować swoją strukturę lub w przeciwnym wypadku zostać zamknięta. Ostatecznie, przyjęcie zaleceń raportu przez poszczególne stany doprowadziło do zamknięcia wielu uczelni/szkół i w efekcie, spadku ich liczby w całym kraju. Dane Biura Spisów Ludności (Bureau of the Census) pokazują, że jeszcze w 1900 r. w USA funkcjonowało 160 uczelni/szkół medycznych, tak w 1940 r. ich liczba spadła do 77, czyli o ponad połowę, a liczba lekarzy obniżyła się ze 146 na 100.000 ludności w 1910 r. do 125 w 1930 r.[294] Ponadto, w pozostałych szkołach liczba studentów

[293] D. Steinreich, *100 Years of Medical Robbery*, 10.06.2004, https://mises.org/library/100-years-medical-robbery (dostęp: 30.07.2019).

[294] J. C. Goodman, G. L. Musgrave, *Patient power. Solving America's health care crisis*, Cato Institute, Waszyngton 1992, s. 143–145.

została zmniejszona o około 50%[295].

Przyjęcie zaleceń raportu Flexnera miało znaczący wpływ na proces kształcenia lekarzy w całym kraju. W tym przypadku należy zastanowić się jakie były skutki podjętych działań, zwłaszcza jeśli chodzi o jakość świadczonych usług medycznych. Niewątpliwie, wprowadzone zmiany przyczyniły się do wzrostu pozycji społecznej lekarzy, którzy od teraz byli *odpowiednio* wyedukowanymi i coraz lepiej opłacanymi praktykami oraz nie musieli już tak bardzo obawiać się konkurencji.

Raport Flexnera, drastycznie ograniczając liczbę szkół medycznych, spowodował również, że uczelnie, które pozostały podniosły swoje opłaty (czesne), aby móc utrzymać wykwalifikowaną i pełnoetatową kadrę. Jednym ze skutków tych decyzji było rekrutowanie kandydatów (przede wszystkim mężczyzn) z zamożnych rodzin, które były zdolne opłacić im kosztowne studia. Paradoksalnie, osłabiło to pozycję uczelni medycznych, które nie mogły już konkurować kosztami oraz posiadały określone limity rekrutacji studentów.[296] Sytuacja zmieniła się w latach 50-tych XX w., kiedy Kongres zaczął przeznaczać znaczne środki finansowe na Narodowy Instytut Zdrowia (National Institutes of Health) w celu wspierania postępu w medycynie. Odtąd uczelnie medyczne zaczęły koncentrować się na pozyskiwaniu tych środków i jednocześnie wymagały tego od swoich wydziałów i pracowników. Wykwalifikowani pracownicy, którzy dawali nadzieję na pozyskanie takich środków byli z kolei odciążani od zajęć ze studentami, aby skoncentrować się na uzyskaniu kolejnego grantu badawczego. Zajęcia ze studentami były z kolei prowadzone przez mniej doświadczonych i wykwalifikowanych pracowników[297]. O ile dana jednostka może zyskać rozgłos i większy prestiż poprzez uzyskanie nowych grantów, np. na badania dotyczące leczenia rzadkich chorób, to na takiej strategii tracili przyszli lekarze zajmujący się leczeniem *zwykłych* chorób.

Innym skutkiem wprowadzonych zmian było to, że część aplikantów z niektórych grup społecznych czy etnicznych miała odtąd duże problemy z dostaniem się na studia.

---

[295] D. Steinreich, *100 Years of Medical Robbery*, 10.06.2004, https://mises.org/library/100-years-medical-robbery (dostęp: 30.07.2019).

[296] Innymi źródłami finansowania szkół (uczelni) medycznych były środki pochodzące od fundacji, prywatnych darczyńców oraz od połowy lat 60-tych, środki pochodzące z rządowego programu Medicare.

[297] M. Packer, *Med Schools' Business Model Is Officially Dead*, 28.11.2018, https://www.medpagetoday.com/blogs/revolutionandrevelation/76553 (dostęp: 30.07.2019).

Dotyczyło to w szczególności kobiet, Afroamerykanów,[298] Żydów, homeopatów czy osteopatów.[299] Co ciekawe, niektóre badania pokazują, że problem ten nadal istnieje, ale tym razem bardziej poszkodowane mogą być inne grupy. Badanie przeprowadzone przez Centrum Równych Szans (The Center for Equal Opportunity–CEO) w 6 szkołach medycznych pokazało, że biali i amerykanie azjatyckiego pochodzenia nie dostali się na studia pomimo wyższych ocen oraz wyników uzyskanych w testach MCAT[300]. Ich miejsce, pomimo gorszych wyników, zajęło ponad 3.500 Afroamerykanów i Latynosów. Co ciekawe, uczniowie z tych grup mieli później problemy ze zdawaniem egzaminów licencyjnych.[301]

Ogólnie rzecz biorąc, liczba aplikantów na studia medyczne zawsze przewyższała liczbę dostępnych, ale wcześniej sztucznie ograniczonych miejsc. Było to szczególnie widoczne w II poł. lat 70-tych XX w., gdzie stosunek liczby aplikujących na studia do liczby osób faktycznie przyjętych wynosił od 2,1 do 2,8. Przykładowo, w roku akademickim 1975-76 liczba aplikantów wyniosła 42.282 osób, podczas gdy przyjętych zostało 15.360 nowych studentów. Z kolei w roku 2014-15 liczby te wynosiły odpowiednio 49.480 oraz 21.355 osób. Pozostałe dane na ten temat zostały przedstawione na rysunku 15.

Ponadto jak wskazuje Mike Holly:

Szkoły medyczne odrzucają kandydatów, którzy mogliby podnieść istniejącą jakość lekarzy. Odrzucony aplikant z 1975 r. miał przeciętny wyższy wynik testu MCAT niż przyjęci aplikanci z 1955 r. (test nie ulegał zmianom i został zastąpiony w latach 70-tych). Na początku lat osiemdziesiątych w podręczniku Association of American Medical Colleges stwierdzono, że „liczba wykwalifikowanych aplikantów z samych Stanów Zjednoczonych jest ponad dwa razy większa niż liczba dostępnych miejsc". Wstęp pozostaje tak konkurencyjny, że nawet najlepsi studenci muszą się ubiegać o ograniczone miejsca, a większość z nich jest odrzucana w procesie selekcji, który wiąże się ze znacznym kumoterstwem. Tymczasem USA udzieliły licencji medycznych 25 procentom lekarzy praktykujących w Stanach Zjednoczonych, którzy kształcili się za granicą, często w gorszych szkołach.[302]

---

[298] Zamknięto większość szkół medycznych w których się kształcili, a co więcej, sam Flexner nie miał o nich zbyt wysokiego mniemania, co dawał do zrozumienia w niektórych swoich wypowiedziach.

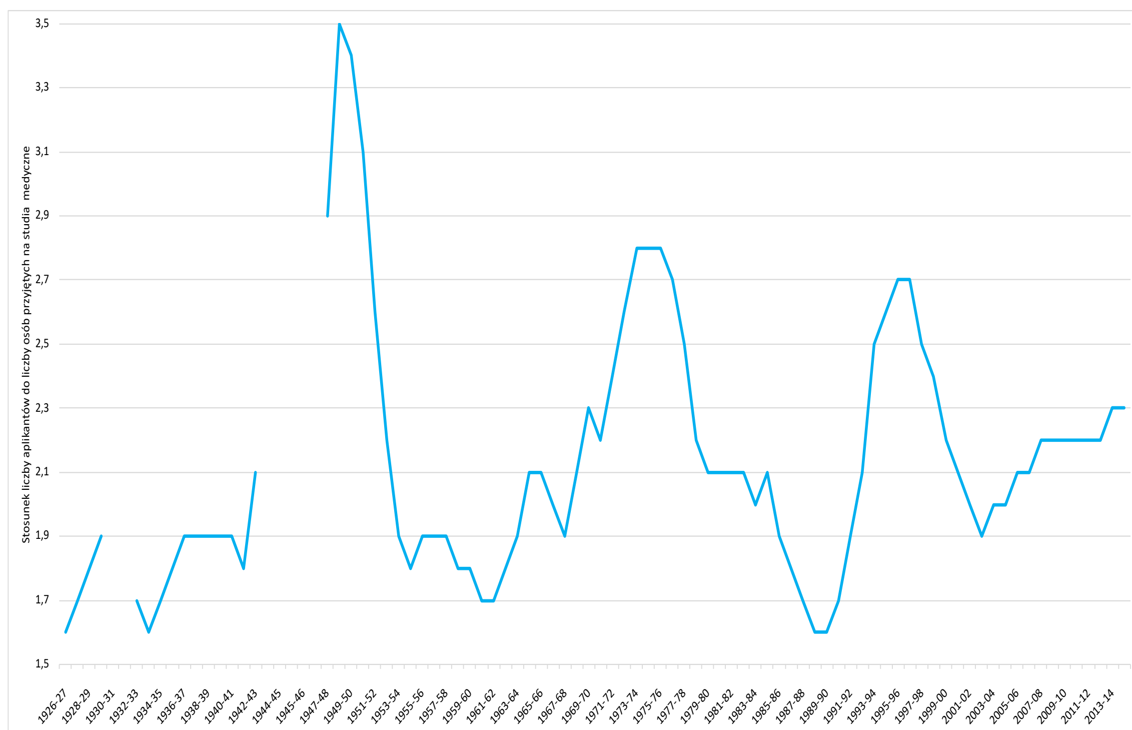
[299] M. N. Rothbard, *Ekonomiczny punkt widzenia*, Instytut Ludwiga von Misesa, Wrocław 2015, s. 68; D. McGuff, R. P. Murphy, *The Primal Prescription*, Primal Blueprint Publishing, USA 2015, s. 16.

[300] Medical College Admission Test–egzamin wstępny, któremu jest poddawana osoba aplikująca na studia medyczne.

[301] L. Chavez, *Affirmative action doctors can kill you*, 21.06.2001, http://www.jewishworldreview.com/cols/chavez062101.asp (dostęp: 31.07.2019).

[302] M. Holly, *How Government Regulations Made Healthcare So Expensive*, 09.05.2017,

Rysunek 15. Stosunek liczby osób aplikujących do ostatecznie przyjętych na studia medyczne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Association of American Medical Colleges, *U.S. Medical School Applicants, Enrollment, and Graduates, 1924–25 to 2014–15,* brak daty, https://www.aamcdiversityfactsandfigures2016.org/report-section/applicants-enrollment/# (dostęp: 31.07.2019).

Uwagi: Brak danych dla lat akademickich: 1924-25, 1925-26, 1930-31, 1931-32, 1943-44, 1944-45, 1945-46, 1946-47.

Ze względu na te trudności, część aplikantów, w przypadku braku możliwości studiowania w USA, decyduje się na studia za granicą np. w szkołach medycznych na Karaibach. Pomimo potencjalnie gorszej jakości kształcenia, doświadczenie pokazało, że szkoły te są w stanie przygotować swoich studentów do zdania egzaminu w USA. Przykładowo, w 1972 r., 46% nowo licencjonowanych lekarzy było absolwentami zagranicznych szkół medycznych. Te trendy doprowadziły do sytuacji, w której, na przełomie lat 80 i 90-tych, w USA ponad 130.000 praktykujących lekarzy było wykształconych przez szkoły zagraniczne, co stanowiło około 20% wszystkich lekarzy. Jest w tym pewna ironia, jeśli weźmie się pod uwagę nacisk AMA na jakość kształcenia.[303]

https://mises.org/wire/how-government-regulations-made-healthcare-so-expensive (dostęp: 31.07.2019).

[303] J. C. Goodman, G. L. Musgrave, *Patient power. Solving America's health care crisis*, Cato Institute, Waszyngton 1992, s. 161.

Regulacje jako narzędzie do ograniczania krajowej i zagranicznej konkurencji

Ograniczenia wykonywania zawodu dotknęły także między innymi takie profesje jak pielęgniarka, obejmujące wykonywanie rutynowych procedur medycznych (np. pobieranie krwi, pomiar ciśnienia). Jeden z bardziej znanych współczesnych przykładów to uregulowanie przez AMA planów Walmart, które polegały na stworzeniu sieci tanich klinik detalicznych zatrudniających wyłącznie pielęgniarki. Ich praca polegałaby na przeprowadzaniu rutynowych działań, w przypadku których nie zachodzi potrzeba obecności lekarza, na co, ostatecznie, AMA nie wyraziło zgody.[304] Ryzyko dla pacjentów jest w takich przypadkach niewielkie, zwłaszcza, że pod tym względem, nie widać istotnych różnic pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami.[305]

Innym, bardziej historycznym przykładem ograniczania dostępu do zawodu mogą być lata 30-te XX w. oraz okres wielkiego kryzysu, który spowodował spadek zarobków lekarzy. Wydarzenia te zbiegły się w czasie z dojściem do władzy w Niemczech przez nazistów i represjami wobec ludności żydowskiej. Skutkowało to jej emigracją do innych krajów, w tym do USA. Dla AMA problem stanowiła nowa konkurencja w postaci dobrze wykształconych zagranicznych lekarzy, a w tym okresie działania Stowarzyszenia dalej były skoncentrowane na sztucznym ograniczaniu liczby praktykujących lekarzy. Dlatego komisje licencyjne wprowadziły bardziej rygorystyczne wymogi dla lekarzy zagranicznych. W efekcie, odsetek zagranicznych lekarzy, którzy nie zdali egzaminów, wzrósł z 5,7% w 1930 r. do 20,7% 10 lat później.[306]

W istocie, regulacje AMA poważnie utrudniły wejście do zawodu zarówno dla chętnych jak i doświadczonych lekarzy z innych krajów. Regulacje te ujawniły również pewien bardzo istotny problem. Jak wskazuje Reuben A. Kessel:

Przekazanie, przez legislaturę stanową, uprawnień AMA do regulowania branży medycznej w imię interesu publicznego dorównuje uprawnieniom Amerykańskiemu Instytutowi Żelaza i Stali do

---

[304] V. Boyapati, *What's Really Wrong with the Healthcare Industry*, 26.05.2010, https://mises.org/library/whats-really-wrong-healthcare-industry (dostęp: 31.07.2019).

[305] M. O. Mundinger i in., *Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians. A Randomized Trial*, „The Journal of the American Medical Association" 2000, nr 283, s. 59-68.

[306] P. Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, USA 1982, s. 72.

określania wielkości produkcji stali. To przekazanie uprawnień spowodowało, że organizacja ta, z konieczności, była postawiona przed dwoma sprzecznymi ze sobą celami. Z jednej strony AMA otrzymało zadanie zapewnienia odpowiedniej podaży wykwalifikowanych lekarzy. Z drugiej strony decyzje odnośnie odpowiednich kwalifikacji i liczby lekarzy wpływają na portfele samych regulatorów oraz ich najbliższych współpracowników biznesowych i osobistych. Uprawnienia przekazane AMA były swego rodzaju kamieniem węgielnym dla powstania monopolistycznej instytucji.[307]

Nietrudno zatem dojść do wniosku, że AMA bardzo zależało na ograniczaniu konkurencji, chociaż oficjalnym celem wciąż pozostawała troska o jakość kształcenia lekarzy. Philip Kissam podkreśla, że:

Rada ds. Kształcenia Medycznego i Szpitali była w stanie zmniejszyć liczbę nowych lekarzy wchodzących do zawodu poprzez podniesienie standardów akredytacji szkołom medycznym, co doprowadziło część z nich do zamknięcia, zniechęcało do otwierania nowych szkół oraz zredukowało liczbę studentów w pozostałych szkołach podczas gdy wymogi te nigdy nie były dobrze powiązane z definicjami akceptowalnej wydajności medycznej. Co istotniejsze, główne „ulepszenia" standardów dla akredytowanych szkół medycznych miały miejsce w czasach, gdy dochody lekarzy spadały, czemu towarzyszyły głośno wyrażane obawy liderów zorganizowanej medycyny o „przepełnienie" zawodu lekarza.[308]

Zwolennicy podnoszenia jakości kształcenia i leczenia, poprzez odgórne regulacje, nie mogą jednak negować faktu, że takie działania ograniczają dostęp do zawodu wielu osobom, które chociaż świadczyłyby mniej jakościowe usługi zdrowotne, to przyczyniałyby się do lepszego zaspokajania potrzeb pacjentów niż w przypadku bardziej ograniczonego dostępu do wysokiej klasy specjalistów. Problem ten określić można jako tzw. *standard cadillaca*[309], który wg Miltona Friedmana prowadzi do błędu polegającego na:

(…) *braku rozróżnienia wydajności technicznej i wydajności ekonomicznej. Tę kwestię najłatwiej będzie wyjaśnić na przykładzie zawodów prawniczych. Na jednym ze spotkań stowarzyszenia prawników, podczas którego omawiano kwestię przyznawania prawa do wykonywania zawodu, pewien mój znajomy*

---

[307] R. A. Kessel, *Price Discrimination in Medicine*, „Journal of Law and Economics" 1958, nr 1, s. 29.

[308] P. Kissam, *Physician's Assistant and Nurse Practitioner Laws: A Study of Health Law Reform*, „Kansas Law Review" 1975, nr 24, s. 15.

[309] Pojęciem tym posługiwał się M. Friedman, chociaż to nie on jako pierwszy zaczął je stosować.

opowiedział się przeciwko restrykcyjnym standardom przyjęć. Chcąc uzasadnić swoje stanowisko, odwołał się do analogii z branżą motoryzacyjną. Zapytał swoich kolegów po fachu, czy nie uznaliby za absurd sytuacji, w której producenci samochodów dochodzą do wniosku, że nikt nie powinien jeździć samochodem kiepskiej jakości? Takie rozumowanie zapewne doprowadziłoby do wprowadzenia zakazu produkcji samochodów, których jakość nie spełniałaby standardów przyjmowanych przez producenta marki Cadillac. Inny uczestnik zebrania wstał i powiedział z pełnym przekonaniem, że ten kraj nie może sobie pozwolić na to, by dopuszczać do zawodu innych prawników niż tylko prawników-cadillaki! I to jest właśnie podejście profesjonalisty. Członkowie danego gremium zwracają uwagę jedynie na techniczne aspekty pracy. Stąd bierze się pogląd, zgodnie z którym na rynku mogą funkcjonować wyłącznie najlepsi lekarze, nawet jeśli miałoby to oznaczać, że niektórzy ludzie zostaną całkowicie pozbawieni opieki lekarskiej. (…) *dążenie do zapewnienia klientom „optymalnej" jakości usług jest równoznaczne ze stosowaniem restrykcyjnej polityki przyznawania prawa do wykonywania zawodu lekarza. Wiadomo, że troska o klienta nie jest jedynym motywem działania organizacji zawodowych. Niemniej jednak czynnik ten odgrywa bardzo istotną rolę w przekonywaniu lekarzy o szczerych intencjach, którzy przy braku argumentów prospołecznych nie zechcieliby poprzeć polityki swoich kolegów.*[310]

Część lekarzy uważała również, że spadające wynagrodzenie będzie skutkowało ich mniej etycznym działaniem, ale takie stanowisko również spotkało się z wyraźną krytyką Friedmana:

Lekarze twierdzą mianowicie, iż jeśli „zbyt dużo" ludzi zacznie wykonywać ten zawód, dochody pozostałych spadną, co z kolei zwiększy ryzyko, że w celu uzyskania „odpowiednich" dochodów zaczną oni uciekać się do różnego rodzaju nieetycznych działań. Zdaniem lekarzy, aby zagwarantować odpowiednie standardy etyczne w tej profesji, trzeba zagwarantować jej przedstawicielom dochody na poziomie korespondującym ze specyficznymi uwarunkowaniami i potrzebami profesji. W mojej ocenie argument ten jest całkowicie nieprzekonujący – budzi nie tylko zastrzeżenia natury merytorycznej, ale także natury etycznej. Wysoce niestosowne wydaje mi się to, że najważniejsi przedstawiciele światka medycznego publicznie ogłaszają, że etycznie mogą się zachowywać jedynie w zamian za odpowiednie wynagrodzenie. Gdyby zgodzić się z taką argumentacją, wątpię, czy kiedykolwiek udałoby się wyznaczyć górną granicę odpowiednich cen. Raczej trudno dostrzec związek między szczerością a ubóstwem, zwykle należy się spodziewać związków o przeciwnym charakterze.[311]

Można zatem uznać za pewien paradoks fakt, że chociaż jednym z celów AMA było stworzenie prestiżowych szkół medycznych nie nastawionych na zysk i bardziej

[310] M. Friedman, *Kapitalizm i wolność*, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2008, s. 288–289.
[311] Ibidem, s. 287–288.

polegających na wsparciu charytatywnym czy później rządowym, to sami lekarze bardzo mocno akcentowali zasadność wyższych zarobków. Jednak, te oczekiwania nie mogły już zostać zweryfikowane przez rynek.

Niedobory lekarzy i personelu medycznego

Narastające problemy z odpowiednią podażą lekarzy spowodowały, że w celu zwiększenia ilości personelu medycznego, zaczęto wprowadzać specjalne przepisy imigracyjne i inne inicjatywy skierowane do lekarzy czy pielęgniarek wyszkolonych za granicą. Ponadto, rządy federalne i stanowe zaczęły przyznawać niektórym pracownikom niebędącym lekarzami, takim jak pielęgniarki, przywileje wykonywania zawodu lekarza.[312] Wcześniej dochodziło także do częstych sytuacji w których tzw. *nielicencjonowanymi* lekarzami były osoby, które uzyskały odpowiednie uprawnienia w innym stanie lub kraju, ale nie były one skłonne do spełniania kolejnych wymogów regulacyjnych obowiązujących np. w danym stanie. W związku lekarze o wysokich kwalifikacjach – np. chirurdzy ogólni z Kanady czy Wielkiej Brytanii – w USA pracowali jako anestezjolodzy czy asystenci lekarzy, gdyż licencje te można było uzyskać szybciej niż miało to miejsce w przypadku chirurgii.[313]

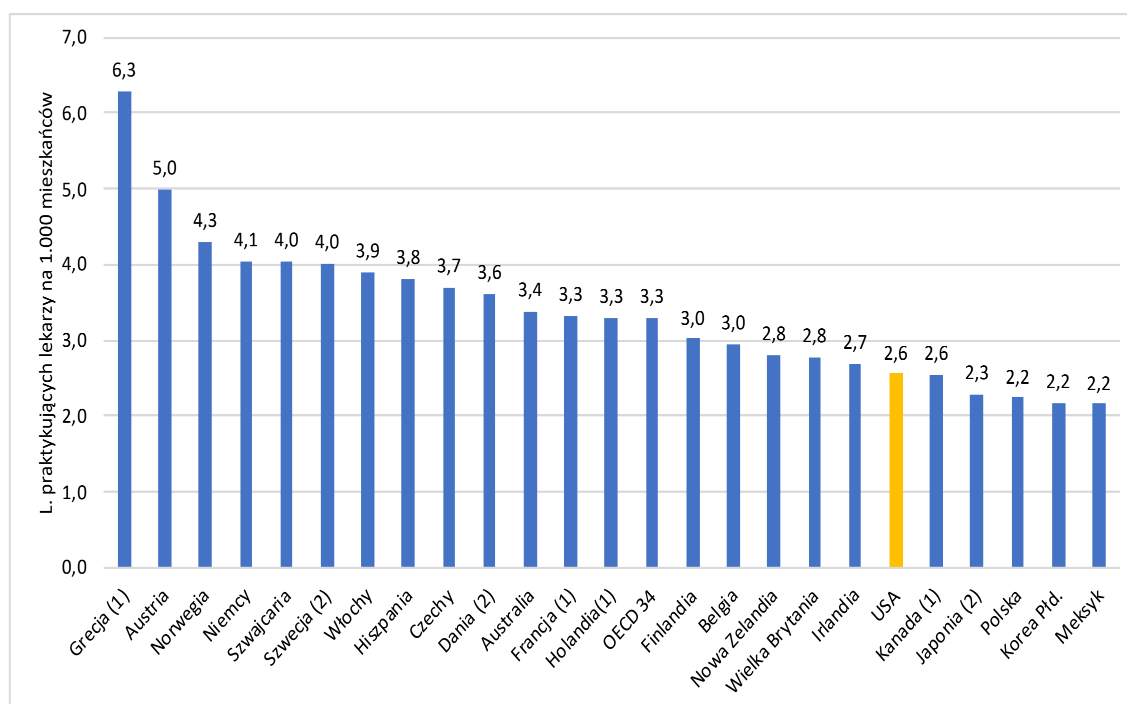
Doprowadziło to jednak do sytuacji, w której między innymi ze względu na sztucznie pobudzany popyt, nie można precyzyjnie określić czy w USA występuje nadmiar czy niedobór określonych lekarzy i pielęgniarek.[314] Dlatego, chociaż dane OECD pokazują, że w 2013 r. USA zajmowały odległe miejsce w ilości lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców (rysunek 16),[315] to statystyk tych nie można interpretować tylko i wyłącznie w kategoriach negatywnych. Niemniej trzeba mieć również na uwadze niepokojące doniesienia o coraz większym zapotrzebowaniu na lekarzy. Przykładowo, Stowarzyszenie Amerykańskich Uczelni Medycznych (Association of American Medical Colleges – AAMC) informuje, że do 2032 r. w USA brakować będzie ponad 120.000 lekarzy, słusznie wskazując na starzejące się społeczeństwo jako jedną z przyczyn tego

---

[312] M. Accad, *Healthcare in the Crosshairs*, „The Austrian" 2017, nr 5, s. 15.
[313] R. Levatter, *Health Care: A Future Free-Market Alternative*, 23.09.2009, https://fee.org/articles/health-care-a-future-free-market-alternative (dostęp: 30.07.2019).
[314] M. Accad, *Healthcare in the Crosshairs*, „The Austrian" 2017, nr 5, s. 15.
[315] Z kolei na przełomie XIX i XX w. wskaźnik ten był jednym z najwyższych na świecie.

stanu rzeczy. Jednak, zamiast propozycji zniesienia szkodliwych dla większości regulacji organizacja proponuje znaczne zwiększenie rządowych wydatków na szkolenie lekarzy, czyli *de facto*, utrzymanie obecnego systemu.[316]

Rysunek 16. Liczba praktykujących lekarzy przypadająca na 1.000 mieszkańców w wybranych krajach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *OECD, Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż 2015, s. 81.

Uwagi: (1) Dane obejmują nie tylko lekarzy świadczących bezpośrednią opiekę pacjentom, ale także osoby zatrudnione jako menedżerowie, pedagodzy, badacze itp., co zwiększa ich liczbę o około 5-10%; (2) Dane za 2012 r.

Pozostałe skutki raportu Flexnera

Raport Flexnera przyczynił się do wydłużenia okresu studiów oraz spowodował, że stały się one bardziej kosztowne. Innym skutkiem wprowadzenia zaleceń zawartych w raporcie były tendencje do ujednolicania programu studiów, co czyniło szkoły medyczne mniej zróżnicowane (i konkurencyjne) względem siebie. Sztywne ramy nauczania bardzo ograniczały możliwości eksperymentów w programie edukacji lekarzy

[316] Association of American Medical Colleges, *The American Doctor Shortage*, brak daty, https://www.thedoctorshortage.com/pages/shortage/ (dostęp: 31.07.2019).

przez około 40 lat. Dopiero w latach 60-tych XX w. rozpoczął się proces stopniowego odchodzenia od tych wytycznych, co przyczyniło się między innymi do znacznego wzrostu liczby przedmiotów dostępnych dla studentów.[317] Po części mogło to być spowodowane faktem, Flexner sam nie był lekarzem i nie mógł być autorytetem w kwestii ustalania norm kształcenia przyszłych lekarzy. Jak wskazuje Rothbard:

Abraham Flexner, bezrobotny ekswłaściciel prywatnej szkoły podstawowej w Kentucky, który ani nie był lekarzem, ani nie miał tytułu magistra w jakiejkolwiek dziedzinie, dostał zlecenie od Fundacji Carnegiego, by opracować studium na temat wykształcenia medycznego Amerykanów. Kompetencje Flexnera do wykonania tego zadania brały się tylko stąd, że był bratem wpływowego doktora Simona Flexnera, który rzeczywiście był lekarzem i dyrektorem Instytutu Badań Medycznych Rockefellera. Właściwie to raport Flexnera został napisany zawczasu przez urzędników Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego (AMA), a zawarte w nim porady zostały szybko wprowadzone w życie w każdym ze stanów Unii.[318]

Warto również podkreślić, że stanowe komisje licencyjne składające się głównie z lekarzy alopatów z czasem doprowadziły do marginalizacji uprawiania medycyny alternatywnej np. osteopatii czy homeopatii. Spowodowało to, że w USA kultura medyczna stała się o wiele bardziej interwencyjna niż prewencyjna, co nie pozostało bez wpływu na koszty opieki zdrowotnej.[319] Alopatia zagrażała również relacjom na linii lekarz-pacjent, co było podnoszone przez niektórych znanych lekarzy i krytyków raportu Flexnera np. Williama Oslera. Alfred I. Tauber podkreśla, że:

Osler w zasadzie odrzucił raport Flexnera, ostrzegając przed zatrudnianiem pracowników naukowych na uczelniach ze względu na ich dokonania badawcze a nie zainteresowanie kształceniem studentów i leczeniem pacjentów — z dwóch powodów: zagrożenia skierowania uwagi studentów w kierunku pracy laboratoryjnej i rzekomej słabości naukowców jako nauczycieli klinicznych. (…) *Raport Flexnera opierający się tylko na nauce redukcjonistycznej mającej być ideałem dla medycyny, zasadniczo nie uwzględnia dynamiki czy socjologicznie rozumianego spotkania między pacjentem a lekarzem.* (…) *Dla*

---

[317] R. A. Kessel, *The A.M.A. and the Supply of Physicians*, „Law and Contemporary Problems" 1970, nr 35, s. 269-270; Inną kwestią jest to, że raz uzyskana licencja, ze względu na rozwój medycyny, wcale nie musi gwarantować odpowiedniej jakości świadczenia usług i bezpieczeństwa pacjentów w przyszłości. Z kolei, w warunkach rynkowych, lekarze podlegają nieustannej weryfikacji przez swoich pacjentów i w przypadku spadku ich zadowolenia żadna licencja czy wcześniejsze zasługi nie będą miały znaczenia.

[318] M. N. Rothbard, *Ekonomiczny punkt widzenia*, Instytut Ludwiga von Misesa, Wrocław 2015, s. 68.

[319] M. Accad, *Healthcare in the Crosshairs*, „The Austrian" 2017, nr 5, s. 16.

realizacji swojej misji, medycyna potrzebuje eklektycznych zdolności, pluralistycznych celów i wieloaspektowych podejść. Jeśli Raport Flexnera uczy nas czegokolwiek, to tylko tego, że podlegamy ukrytym czynnikom kulturowym, które wywierają nieprzewidziane efekty na nasze oczekiwania i dobre intencje.[320]

Podobnego zdania jest Lawrence D. Wilson, który twierdzi, że:

Wymóg uzyskania licencji jest oznaką fundamentalnego niezrozumienia natury lecznictwa. Leczenie jest darem i sztuką. Wielu utalentowanych ludzi nie stać lub z innych powodów nie są oni w stanie rozpocząć i ukończyć, od sześcio- do dwunastoletniej edukacji koniecznej do uzyskania uprawnień lekarskich. Licencjonowanie pozbawia populację umiejętności i sztuki tych ludzi.

Licencjonowanie blokuje innowacje i praktykowanie alternatywnych metod leczenia. Licencjonowany lekarz nie jest już odpowiedzialny tylko przed pacjentem. Jego lojalność jest podzielona między spełnieniem oczekiwań pacjenta i komisji licencyjnej.[321]

Regulacje AMA objęły nie tylko samych lekarzy. Aby utrzymać ograniczoną liczbę lekarzy niezbędna była również odpowiednia kontrola na instytucjami zatrudniającymi lekarzy, czyli szpitalami. Rada ds. Kształcenia Medycznego i Szpitali utworzyła listę akredytowanych szpitali, w których mogli pracować lekarze. Lekarze nie mieli alternatywy w postaci szpitali spoza listy, ponieważ aby dana jednostka szpitalna mogła rozpocząć działalność musiała posiadać odpowiednią liczbę stażystów. Jednak, uznawano tylko staże odbyte w akredytowanych szpitalach, co znacznie utrudniało próby organizacji praktyki grupowej w nowych jednostkach.[322] Brak takich ograniczeń spowodowałby między innymi to, że rosłoby zapotrzebowanie na większą ilość stażystów, lekarzy, a więc i jednocześnie presja na zwiększenie limitów przyjęć do szkół medycznych.

Działania te doprowadziły do wzrostu cen usług lekarzy i opieki szpitalnej, który w latach 20-tych XX w. zaczął być już na tyle odczuwalny, że w 1925 r. z inicjatywy takich instytucji jak Carnegie Foundation, Milbank Memorial Fund czy Rockefeller Foundation

---

[320] A. I. Tauber, *The two faces of medical education: Flexner and Osler revisited*, „Journal of the Royal Society of Medicine" 1992, nr 85, s. 600–601.

[321] L. D. Wilson, *The Case Against Medical Licensing*, w: J. G. Horbenger, R. M. Ebeling (red.), *The Dangers of Socialized Medicine*, The Future of Freedom Foundation, USA 1994, s. 72.

[322] M. Friedman, *Kapitalizm i wolność*, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2008, s. 291–292.

powołany został Komitet ds. Kosztów Opieki Medycznej (Committee on the Cost of Medical Care – CCMC). Jego zadaniem było zbadanie przyczyn tego stanu rzeczy oraz wydanie odpowiednich rekomendacji. Ostatecznie, zbiorczy raport został opublikowany w 1932 r. Stwierdzono w nim między innymi, że największy udział wydatków na opiekę zdrowotną stanowią opłaty za usługi lekarskie (29,8 centów na każdego wydanego dolara), wydatki na opiekę szpitalną (23,4 centy) oraz na leki (18,2 centy). Raport rekomendował między innymi rozwijanie praktyki grupowej i utworzenie „środowiskowego centrum medycznego" jako najbardziej skutecznego środka dla zapewnienia opieki medycznej. Najbardziej kontrowersyjna rekomendacja CCMC dotyczyła planu stworzenia krajowego ubezpieczenia zdrowotnego, dobrowolnego lub obowiązkowego finansowanego z podatków.[323] Rekomendacje te wzięły się głównie stąd, że przyczynę wzrostu cen błędnie przypisano postępowi naukowemu i technologicznemu, i związanemu z tym zwiększonym korzystaniem z opieki szpitalnej co miało powodować wzrost kosztów szkoleń medycznych i zaopatrzenia medycznego.[324]

Warto również podkreślić, że nie wszyscy członkowie Komitetu byli ze sobą zgodni, co skutkowało niejednolitymi rekomendacjami. Np. niektórzy lekarze nie zgadzali się z częścią zaleceń i opublikowali tzw. *Raport Mniejszości nr 1* (Minority Report No.1), gdzie rekomendowali między innymi ograniczenie wpływów rządu w opiece medycznej do pomocy osobom ubogim, przywrócenie lekarzowi ogólnemu głównej roli w opiece medycznej czy przeciwstawienie się grupowym praktykom medycznym uznanym przez nich jako instytucje nie stawiające na jakość oraz nieuczciwie traktujące lekarzy. *Raport Mniejszości nr 1* uzyskał poparcie AMA oraz prasy, które uznały zalecenia raportu głównego jako drogę do uspołecznionej medycyny (socialized medicine). Opór AMA odnośnie zaleceń raportu głównego był tak zdecydowany, że F. D. Roosevelt i jego administracja uznali, że pomysł utworzenia dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego jest zbyt ryzykowny i lepiej nie włączać go do programu Nowego Ładu. Należy także podkreślić, że *Raport*

---

[323] T. B. Gore, *A forgotten landmark medical study from 1932 by the Committee on the Cost of Medical Care*, „Proceedings (Baylor University. Medical Center)" 2013, nr 26, s. 142–143.

[324] M. Accad, *An economic history of the American health care system-Part 1*, 29.05.2016, http://alertandoriented.com/an-economic-history-of-the-american-health-care-system-part-1/ (dostęp: 31.07.2019).

Mniejszości nr 1 nie był całkowitą krytyką zaleceń raportu głównego, a wiele ich punktów było ze sobą zgodnych.[325]

Stanowisko AMA wynikało głownie z tego, że instytucja ta była bardzo krytycznie nastawiona do jakichkolwiek prób ograniczenia jej autonomii w zapewnianiu opieki zdrowotnej. Jako że w latach 30. XX wieku pojawiła się pierwsza seria inicjatyw federalnych w dziedzinie krajowego ubezpieczenia zdrowotnego i krajowego programu zdrowotnego, AMA, angażując znaczne środki finansowe, rozpoczęła publiczną kampanię na rzecz utrzymania *statusu quo*. W tamtym okresie AMA bardzo promowała plany praktyki grupowej jak Blue Shield czy Blue Cross, co miało ograniczyć zainteresowanie publicznymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Ostatecznie plany F. D. Roosevelta oraz później, H. Trumana odnośnie utworzenia narodowego ubezpieczenia zdrowotnego nie weszły w życie.[326]

W tym samym okresie w USA widoczny był rozwój różnych programów finansujących dostęp do usług medycznych. Jednym z nich były ubezpieczenia komercyjnie, gdzie występowała kalkulacja ryzyka, firmy ubezpieczeniowe zwracały uwagę na koszty (np. na długość czasu spędzonego w szpitalu), dlatego konsumpcja tych usług była ograniczona–co jest charakterystyczne dla ubezpieczeń rynkowych.[327] Ubezpieczenia pokrywały także część lub całkowite opłaty jakie pacjenci płacili lekarzom, w zależności od warunków jakie znalazły się w umowie. Część lekarzy nie była zwolennikami takich rozwiązań, częściowo być może z powodu ograniczeń czy procedur jakie firmy ubezpieczeniowe na nich nakładały. Alternatywnym rozwiązaniem były programy nie będące ubezpieczeniami, ale bardziej planami przedpłaconymi podobnymi do dzisiejszych abonamentów. Pacjent po opłaceniu stałej kwoty miał dostęp do dowolnego lekarza czy szpitala działającego w ramach danego programu. Programy te, znane jako Blue Shield oraz Blue Cross, bardziej same świadczyły pacjentom dostęp do usług medycznych niż finansowały je pacjentom korzystającym z zewnętrznych dostawców. W przeciwieństwie do ubezpieczeń komercyjnych, nie występowało w nich

[325] J. S. Ross, *The Committee on the Costs of Medical Care and the History of Health Insurance in the United States*, „The Einstein Journal of Biology and Medicine" 2002, nr 19, s. 131-132.

[326] K. Doherty, J. A. Jenkins, *Examining a Failed Moment: National Health Care, the AMA, and the U.S. Congress, 1948-50*, opracowanie przygotowane na prezentację podczas: „2009 Annual Meeting of the Southern Political Science Association", Nowy Orlean, s. 6, 9.

[327] Zobacz rozdział 1.

także współpłacenie. Z tych dwóch typów programów AMA zaczęło silnie wspierać ten drugi. Powodów było kilka: pacjenci nie płacili bezpośrednio za usługi, a lekarze nie podlegając szczegółowemu nadzorowi firm ubezpieczeniowych mogli świadczyć większą ilość usług i uzyskiwać wyższe dochody. Ponadto, pacjenci płacący tylko ułamek kosztów również byli skłonni do większej konsumpcji.[328]

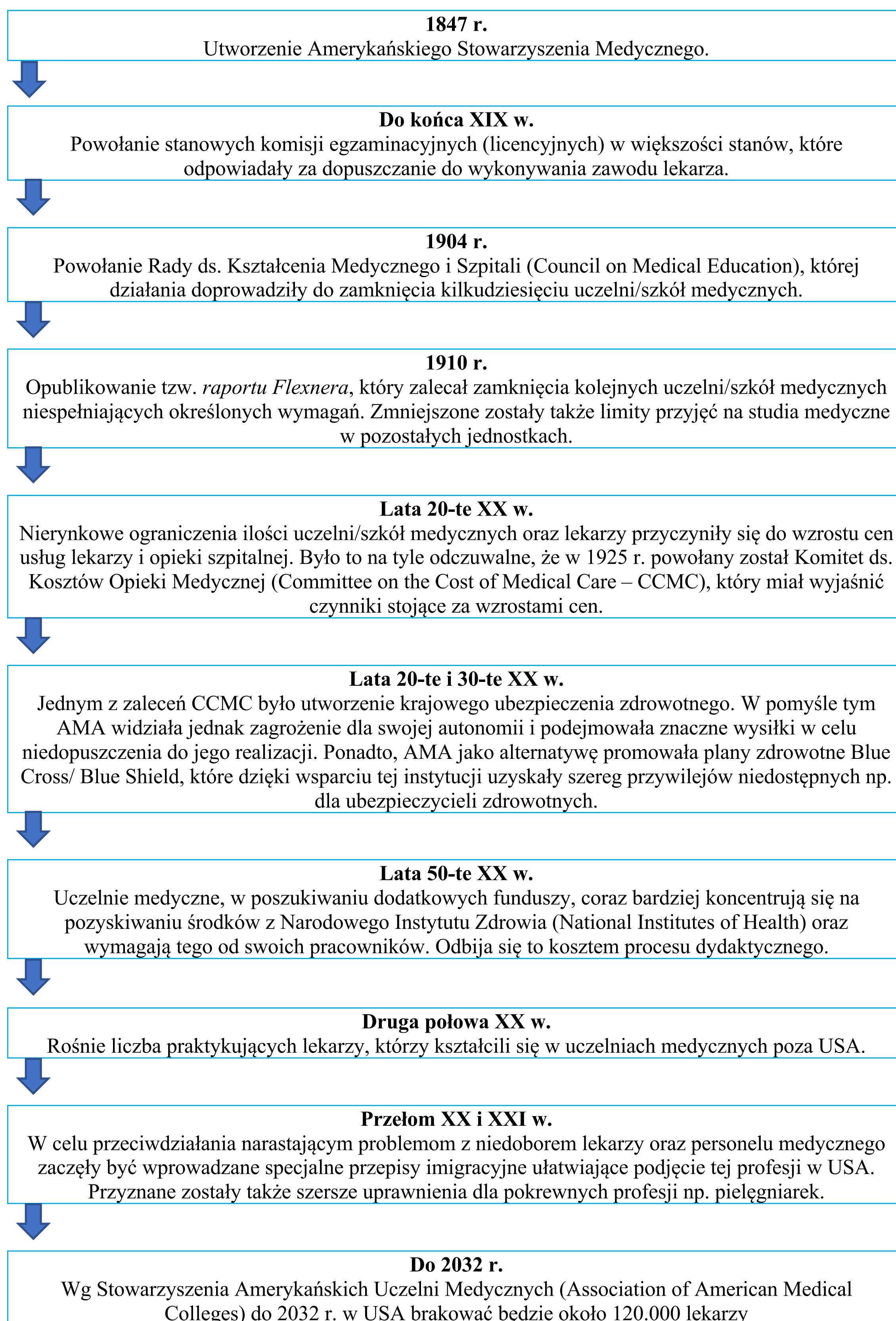
Dzięki wsparciu AMA programy typu Blue Shield oraz Blue Cross zaczęły otrzymywać od władz stanowych szereg korzyści podatkowych, które nie były dostępne dla komercyjnych firm ubezpieczeniowych, co doprowadziło do ich mniejszej konkurencyjności. Z kolei, plany typu Blue Shield oraz Blue Cross, dzięki takim przywilejom, zyskiwały coraz większy udział w rynku. Niestety, instytucje te stosując między innymi jednolite warunki dla wszystkich uczestników programu (community rating) czy pokrywając nawet rutynowe procedury doprowadziły do stopniowego wzrostu popytu[329], który powodował dalszy wzrost cen.

Jest więc pewna ironia w tym, że walka AMA z rządem federalnym przeciw utworzeniu narodowego ubezpieczenia zdrowotnego, w zasadzie, została wywołana przez monopolistyczne zapędy samego Stowarzyszenia. Sztucznie ograniczona podaż lekarzy przyczyniła się do wzrostu cen i dyskusja nad narodowym ubezpieczeniem zdrowotnym, jako możliwym rozwiązaniem tego problemu, nabrała rozpędu. AMA musiało więc zaproponować alternatywne rozwiązania, które pozwoliłyby na utrzymanie jego autonomii. Istotny w tym kontekście jest zatem fakt, że AMA odpowiada nie tylko za jedne z pierwszych interwencji po stronie podaży, ale również po stronie popytu. Działania AMA pokazują także jak dobrze zorganizowana jest to instytucja, która w walce o swoje interesy potrafi nie tylko skutecznie ograniczać instytucje rynkowe, ale nawet rząd federalny. Kluczowe regulacje/interwencje związane z działalnością AMA przedstawia rysunek 17.

[328] J. C. Goodman, G. L. Musgrave, *Patient power. Solving America's health care crisis*, Cato Institute, Waszyngton 1992, s. 153.

[329] D. Steinreich, *Real Medical Freedom*, 27.08.2004, https://mises.org/library/real-medical-freedom (dostęp: 31.07.2019).

Rysunek 17. Wybrane interwencje (oraz ich skutki) związane z działalnością AMA



Źródło: Opracowanie własne.

3.3. Agencja ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration – FDA)

Początki FDA

Agencja ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration – FDA) zaczęła znacząco wpływać na amerykański system ochrony zdrowia, a w szczególności na rynek leków, znacznie później niż AMA, bo dopiero od 1962 r., kiedy zostały wprowadzone w życie Poprawki Kefauvera–Harrisa (Kefauver-Harris Amendments). Poprawki dały Agencji znacznie większe uprawnienia niż poprzednie akty prawne i jak się okazało ich wprowadzenie miało kluczowy wpływ na dzisiejszy kształt i funkcjonowanie branży farmaceutycznej.

Wcześniej FDA odgrywała o wiele mniejszą rolę w zakresie regulacji i procesy rynkowe pozostawały względnie niezakłócone. W przeciwieństwie do obecnej sytuacji dla branży farmaceutycznej wręcz kluczowa była reputacja danego producenta i marka jego produktów. Przed wprowadzeniem Poprawek producenci oryginalnych leków konkurowali z producentami generyków, czyli leków będących kopią leków oryginalnych, ale różniących się od nich np. co do składników wspomagających wchłanianie danego leku, co dla niektórych pacjentów mogło mieć duże znaczenie. Sytuacja ta powodowała, że lekarze byli bardziej skłonni przepisywać sowim pacjentom droższe leki oryginalne niż tańsze generyki – z uwagi na większą pewność ich działania. Bezpieczeństwo i jakość produktów były czynnikami, które decydowały o przewadze konkurencyjnej. Dodatkowo, firmy zlecały badania swoich leków w niezależnych laboratoriach, które potwierdzały ich jakość. Producenci jakościowych produktów mieli lepszą reputację wśród lekarzy, którzy chętniej przepisywali ich leki swoim pacjentom. Dla samych lekarzy również było to korzystna sytuacja, gdyż potwierdzała ich odpowiednie kompetencje w oczach pacjentów. Gdy nowy lek okazywał się być gorszej jakości od zapewnień producenta szybko wypadał z rynku. W takich uwarunkowaniach prym wiedli producenci leków oryginalnych i jeśli ich produkty odnosiły sukces były kopiowane przez konkurencję. Producent nowego leku najpierw udostępniał go wśród doświadczonych i zaufanych lekarzy, aby sprawdzić jego działanie. Kiedy wyniki lub opinie lekarzy nie były zadowalające producenci mieli duże obawy

czy wprowadzać dany lek na rynek z uwagi na ryzyko utarty reputacji.[330] Z jednej strony procesy rynkowe stały za postępem w tworzeniu innowacyjnych leków, a z drugiej, za minimalizowaniem niepewności ich negatywnych skutków wśród pacjentów.

FDA zaczęła funkcjonować pod tą nazwą w 1930 r., ale pierwsze funkcje jakie pełniła zostały określone w Ustawie o Czystości Żywności i Leków z 1906 r. (Pure Food and Drug Act). Sama Ustawa miała za zadanie zmniejszyć niepokój społeczny wywołany na skutek rzekomo fatalnych warunków panujących w chicagowskich rzeźniach opisanych w fikcyjnej powieści „Grzęzawisko" autorstwa Uptona Sinclaira. Chociaż rewelacje Sinclaira nie miały żadnego pokrycia w faktach, to przyczyniły się między innymi do spadku eksportu amerykańskiego mięsa. W efekcie, aby przeciwdziałać tym niekorzystnym wydarzeniom, producenci sami zaczęli zabiegać więcej państwowych kontroli w celu uspokojenia nastrojów społecznych i ograniczenia mniejszych krajowych konkurentów.[331] Wpływ Ustawy na rynek leków był jednak symboliczny, a uprawnienia Agencji dosyć ograniczone – uwaga była bardziej skoncentrowana na bezpieczeństwie żywności. Jak wskazują Milton Friedman i Rose D. Friedman:

Ustawa z roku 1906 ograniczała się głównie do inspekcji żywności i określania specyfików. Bardziej przez przypadek niż z rozmysłu mogła także poddawać kontroli wypisywane recepty, lecz możliwość tę wykorzystywała dopiero w znacznie późniejszym okresie. Władza regulacyjna, z której wyłoniła się istniejąca dzisiaj Administracja ds. Żywności i Lekarstw (FDA), spoczywała w rękach Departamentu Rolnictwa. Mniej więcej do piętnastu lat wstecz żadna z obu tych instytucji nie miała większego wpływu na przemysł farmaceutyczny.[332]

Rozszerzenie uprawnień FDA nastąpiło w 1938 r. na skutek tragedii z udziałem sulfanilamidu jaka miała miejsce rok wcześniej. Lek ten był wykorzystywany do walki z zakażeniami. W Europie był sprzedawany w postaci tabletek i w tej formie nie stanowił zagrożenia dla życia i zdrowia. Jednak, amerykańska firma S.E. Massengil podjęła decyzję o jego sprzedaży również w postaci płynnej, w formie syropu. Do tego celu został użyty

---

[330] M. J. Ruwart, *Death by Regulation. How We Were Robbed of a Golden Age of Health and How We Can Reclaim It*, Sunstar Press and Liberty International, Kalamazoo, San Francisco 2018, s. 21-22.

[331] Więcej na ten temat zob. L. W. Reed, *Mit nr 29. „The Jungle" Uptona Sinclaira dowiodła, że regulacje są konieczne*, w: L. W. Reed (red.), *52 mity o kapitalizmie*, Fijorr Publishing, Wrocław 2016, s. 163-171.

[332] M. Friedman, R. D. Friedman, *Wolny wybór*, Wydawnictwo Aspekt, Sosnowiec 2006, s. 195.

glikol etylenowy, który jak się później okazało, był substancją toksyczną będącą przyczyną zgonów osób, które zażyły lek w formie syropu.[333] Śmierć poniosło ponad 100 osób. Jak się okazało lek został wprowadzony na rynek bez testów obiektywnych instytucji wspomagających konsumentów. Dużym zaufaniem w tym zakresie cieszyło się również AMA, które w momencie tragedii zostało poproszone o przeprowadzenie testów dzięki czemu udało się zidentyfikować glikol etylenowy jako przyczynę zgonów. Lekarze, którzy sugerowali się aprobatą AMA przyczynili się do ograniczenia liczby zgonów.[334]

Wówczas funkcjonowało już wiele różnych prywatnych instytucji i oddolnych inicjatyw, które dokonywały oceny danych produktów. Także lekarze i farmaceuci dokonywali swoich ocen łamach branżowych czasopism. W tych uwarunkowaniach funkcjonowała także AMA przeprowadzająca własne testy. Dzięki temu możliwe było szybkie zidentyfikowanie zagrożenia.[335] Warto także podkreślić, że w 1937 r. nie było zakazu co do wprowadzania na rynek leków nie przebadanych pod kątem bezpieczeństwa, dlatego też główną odpowiedzialność ponosił producent.

Co ciekawe, produkt udało się wycofać ze sprzedaży nie ze względu na to, że był on śmiertelny, ale z powodu jego błędnego oznakowania. Nazwa preparatu – Elixir of Sulfanilamide – zawierała bowiem słowo eliksir, który z definicji wymagał także użycia alkoholu, a składnik ten faktycznie nie był w nim obecny. Gdyby Massengill nazwał swój preparat jako płynny sulfanilamid, rząd federalny nie mógłby podjąć takich działań.[336] Można też się zastanowić, dlaczego mimo nazwy wprowadzającej w błąd nie podjęto odpowiednich kroków w celu niedopuszczenia takiego produktu do sprzedaży. W oficjalnym oświadczeniu dr Samual Evans – właściciel firmy – stwierdził, że:

Moi chemicy i ja głęboko żałujemy przypadków śmiertelnych, ale nie było żadnego błędu podczas wytwarzania produktu. Dostarczamy legalny i profesjonalny produkt i nigdy nie mogliśmy przewidzieć tych nieoczekiwanych rezultatów. Nie uważam, że po naszej stronie spoczywa jakakolwiek

---

[333] E. Bartusiuk, *Badania kliniczne – blaski i cienie*, 01.04.2014, https://biotechnologia.pl/biotechnologia/badania-kliniczne-blaski-i-cienie,13866 (dostęp: 21.08.2019).

[334] M. J. Ruwart, *Death by Regulation. How We Were Robbed of a Golden Age of Health and How We Can Reclaim It*, Sunstar Press and Liberty International, Kalamazoo, San Francisco 2018, s. 184.

[335] Ibidem, s. 184.

[336] M. S. Lesney, *The ghosts of pharma past. Companies that were once household names can vanish – hidden or dissolved in mergers and acquisitions*, „Modern Drug Discovery” 2004, nr 1, s. 26.

odpowiedzialność.[337]

Takie wypowiedzi mogły niekorzystnie wpłynąć na reputację, przychody i działalność przedsiębiorstwa. Jednak mimo tych tragicznych wydarzeń Massengill był w stanie dalej odnosić sukcesy biznesowe przez dalsze 30 lat do momentu jego sprzedaży w 1971 r. innemu podmiotowi – firmie Beecham Pharmaceuticals. Warto także podkreślić, że Massengill na początku XX w. był stosunkowo małą firmą rodzinną produkującą m. in.: leki, środki przeciwbólowe czy maści.[338] Przypadek ten pokazuje również, że błędu jednego podmiotu nie należy utożsamiać z zawodnością całego rynku oraz, że jedyną drogą do utrzymania się na nim oraz dalszego rozwoju jest oferowanie produktów o odpowiedniej jakości – co dotyczy także ich bezpieczeństwa.

Te tragiczne wydarzenia pokazały jak ważne są odpowiednie testy oraz jakie mogą być konsekwencje zbyt szybkiego wprowadzenia leku na rynek. Można stwierdzić, że z jednej strony, zawsze występuje niebezpieczeństwo wprowadzenia wadliwego produktu na rynek, gdyż ludzkich błędów nigdy do końca nie da się wyeliminować. Z drugiej strony, istotne jest to jaka będzie reakcja rynku, państwa i społeczeństwa na takie wydarzenia. W zdecentralizowanej strukturze rynkowej z wieloma instytucjami gotowymi do odgrywania większej roli w sieci bezpieczeństwa procesy te zachodzą szybciej i są bardziej efektywne. Jednak wówczas podjęto działania na rzecz rozszerzenia kompetencji FDA, aby podobne wydarzenia nie miały już miejsca. Problem z takim podejściem polegał na tym, że na rynku nie dochodziło do takich tragedii notorycznie, nie był to więc błąd świadczący o zawodnościach procesów rynkowych. Przeciwnie, wydarzenia te mogły doprowadzić do zwrócenia większej uwagi czy wręcz wymogu przeprowadzenia testów na lekach przez zaufane instytucje przed ich wprowadzeniem na rynek. W takich uwarunkowaniach firmy farmaceutyczne same zabiegałyby o przejście takich testów, gdyż byłby to dla nich dowód ostatecznie potwierdzający jakość ich produktów. Zamiast tego, w 1938 r. uchwalono Ustawę o Żywności, Lekach i Kosmetykach (Food, Drug, and Cosmetic Act), która nakładała na producentów

---

[337] C. Ballentine, *Taste of Raspberries, Taste of Death; The 1937 Elixir Sulfanilamide Incident*, „FDA Consumer magazine" 1981, nr 1, s. 4, https://www.fda.gov/media/110479/download (dostęp: 21.08.2019).

[338] M. S. Lesney, *The ghosts of pharma past. Companies that were once household names can vanish – hidden or dissolved in mergers and acquisitions*, „Modern Drug Discovery" 2004, nr 1, s. 26.

obowiązek potwierdzenia bezpieczeństwa swoich produktów przed ich wprowadzeniem na rynek. FDA miała 180 dni na zatwierdzenie danego leku. Dodatkowo, kompetencje Agencji zostały rozszerzone o nadzór nad reklamą i nazwy leków.[339]

Poprawki Kefauvera–Harrisa z 1962 r. (Kefauver-Harris Amendments of 1962) oraz skutki ich wprowadzenia

Kolejne i bardziej znaczne rozszerzenie zadań Agencji nastąpiło na początku lat sześćdziesiątych XX w. na skutek następnej tragedii, której przyczyną był talidomid – środek nasenny. Jak się okazało, jego dodatkową zaletą było zmniejszanie porannych mdłości u kobiet w ciąży, więc lekarze coraz chętniej przepisywali go sowim pacjentkom. Chociaż talidomid nie powodował negatywnych skutków u dorosłych kobiet i mężczyzn, to jego zażywanie przez kobiety w ciąży prowadziło między innymi do hamowania rozwoju rąk i nóg u nienarodzonych dzieci. Szacuje się, że w latach 1957-1961 urodziło się około 10-20 tys. samych okaleczonych dzieci (bez poronień i martwych urodzeń).[340] Lek na masową skalę był sprzedawany głównie w Europie.

W tym czasie, w USA senator Estes Kefauver dążył do wprowadzenia zmian, które miały przekonać konsumentów do leków generycznych. Wg senatora konsumenci przepłacali za droższe leki oryginalne i aby przekonać ich do tańszych leków generycznych należało wprowadzić ustawodawstwo, które miało potwierdzić skuteczność działania generyków i tym samym przekonać lekarzy i pacjentów od tańszych leków. Coś co w tym pomyśle zostało zignorowane to prawa ekonomii. Propozycje zmian nie brały po uwagę kosztów takich testów i ich wpływu na cenę leków. Początkowo wysiłki senatora Kefauvera nie odniosły żadnego skutku. Pewien zbieg okoliczności doprowadził jednak do reaktywowania jego pomysłu. Dr Frances Kesley, jedna z pracowników, FDA opóźniała wejście talidomidu na rynek amerykański z powodu podejrzeń uszkodzenia nerwów jakie wywoływał, a nie wpływu leku na nienarodzone dzieci. Kiedy skutki zażywania leku przez kobiety w ciąży wyszły na jaw, Kongres stanął

---

[339] M. Friedman, R. D. Friedman, *Wolny wybór*, Wydawnictwo Aspekt, Sosnowiec 2006, s. 196.

[340] J. E. Ridings, *The Thalidomide Disaster, Lessons from the Past*, "Methods in Molecular Biology" 2013, nr 947, s. 575-586; E. Bartusiuk, *Badania kliniczne – blaski i cienie*, 01.04.2014, https://biotechnologia.pl/biotechnologia/badania-kliniczne-blaski-i-cienie,13866 (dostęp: 21.08.2019).

pod presją społeczeństwa. Szukano wiec rozwiązań mających na celu uniknięcie podobnej tragedii w USA. Aby wyjść naprzeciw oczekiwaniom społeczeństwa Kongres musiał podjąć szybkie działania i mając *pod ręką* niedawny projekt Kefauvera reaktywował go pod nazwą Poprawek Kefauvera–Harrisa w 1962 r. Z kolei dr Kesley została uhonorowana nagrodą przez Prezydenta Kennedy'ego, chociaż odmawiała zatwierdzenia talidomidu z zupełnie innych powodów niż negatywny wpływ na nienarodzone dzieci.[341]

Wydarzenia te pokazują, że uniknięcie tragedii związanej z talidomidem w USA nie wynikało z wyższości instytucjonalnej FDA, czy posiadania większej wiedzy, ale z przypadku czy pewnych uwarunkowań historycznych. Ponadto, Poprawki wprowadziły fundamentalną zmianę, która istotnie zmieniła przemysł farmaceutyczny. Wcześniej, leki musiały być uznane przez FDA za bezpieczne, natomiast Poprawki, nałożyły dodatkowo wymóg wykazania ich skuteczności oraz zlikwidowały limit czasu w jakim FDA miała podjąć decyzję o dopuszczeniu leku do sprzedaży. Jednak nowy wymóg skuteczności nie miał żadnego związku z bezpieczeństwem i inicjatywami senatora Kefauver 'a, które bardziej skierowane były na aspekty związane ze zbyt wysokimi (jego zdaniem) cenami leków. Jak wskazują Doug McGuff, Robert P. Murphy:

Ale nawet na własnych warunkach, ta opowieść jest nieco dziwna. W końcu Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) nie zatwierdziła talidomidu, więc nie jest jasne, dlaczego zakres jej uprawnień z 1938 r. uznano za nieodpowiedni. Miałoby to sens dla innych rządów (takich jak rząd niemiecki), które zatwierdziły talidomid, aby dokonały przeglądu swoich procedur, ale rząd USA radykalnie zmienił organizację i mandat FDA, jednocześnie prezydent Kennedy przyznał Kelsey nagrodę za wykonanie świetnej pracy w ramach starej struktury.

Co jeszcze bardziej ironiczne, oczywistym problemem związanym z talidomidem było to, że wyraźnie nie był on bezpieczny do stosowania w czasie ciąży. Dlaczego zatem, w 1962 r., w odpowiedzi na tragedię związaną z talidomidem uprawnienia FDA zostały wzmocnione zawierając kryterium dowodu skuteczności, oprócz długotrwałego dowodu bezpieczeństwa? Powtarzam, problem z talidomidem polegał na tym, że był on niebezpieczny dla niektórych populacji; Kelsey nie prosiła producenta o dowody, że talidomid był skuteczny.[342]

[341] M. J. Ruwart, *Death by Regulation. How We Were Robbed of a Golden Age of Health and How We Can Reclaim It*, Sunstar Press and Liberty International, Kalamazoo, San Francisco 2018, s. 21, 23.

[342] D. McGuff, R. P. Murphy, *The Primal Prescription*. Primal Blueprint Publishing, USA 2015, s. 44.

Jak się okazało, wprowadzenie dodatkowego wymogu skuteczności leków wraz z zniesieniem limitu czasowego w jakim FDA miała podjąć decyzję miało wiele negatywnych konsekwencji z którymi USA mają do czynienia także obecnie. Kwestie bezpieczeństwa i skuteczności nie mogą zostać rozwiązane za pomocą wprowadzenia aktów prawnych, gdyż zależą one między innymi od takich czynników jak: stan wiedzy i doświadczenie lekarza, zachowanie pacjenta czy różnice fizjologiczne pomiędzy ludźmi i nie występują pomiędzy nimi wyraźne granice. Jak twierdzi Gilbert Berdine:

Każde użycie leku przez każdego pacjenta jest eksperymentem o niepewnym wyniku. Ani skuteczność, ani bezpieczeństwo leku nie są znane z góry. Skuteczność i bezpieczeństwo możemy oszacować jedynie na podstawie wcześniejszych doświadczeń. Użycie leku za pierwszym razem może dać dobry wynik, a następnym razem może doprowadzić do wstrząsu anafilaktycznego.[343]

FDA jako instytucja nierynkowa jest zdecydowanie bardziej podatna na wpływ polityków (np. Kongresu) czy mediów niż konsumentów. Monopol w zapewnianiu bezpieczeństwa i skuteczności leków daje wielkie możliwości dla wzrostu znaczenia takiej instytucji (i ludzi tam zatrudnionych), ale również powoduje, że w przypadku niepowodzenia znajduje się ona pod coraz większą presją polityczną i społeczną. Według Friedmana oraz Friedman zastąpienie czy znaczne ograniczenie instytucji rynkowych w zapewnianiu konsumentom jakościowych leków przez monopolistyczną instytucję prowadzi do dwóch rodzajów błędów:

Fakty potwierdzają to, co mówi zdrowy rozsądek. Nie jest przypadkiem, że FDA, mimo najlepszych chęci, oddziałuje zniechęcająco na tworzenie i wprowadzanie do handlu nowych i potencjalnie użytecznych leków.

Postawmy się w sytuacji urzędnika z FDA, mającego zatwierdzić nowy specyfik lub go nie zatwierdzić. Może on w tym momencie popełnić dwa zupełnie różne błędy:

1. Zatwierdzić lek, który okaże się mieć nieprzewidziane skutki uboczne, które spowodują śmierć lub poważne dolegliwości u sporej liczby osób.

2. Odmówić zatwierdzenia leku, który może uratować wiele ludzkich istnień lub ulżyć w wielkich

[343] G. Berdine, *The Case Against Pharma Patent Monopolies*, 13.11.2018, https://mises.org/wire/case-against-pharma-patent-monopolies?fbclid=IwAR0RsNze4SuG2MaEIZZOfEjJSG9FzCKlFEcoahrntVfzuRiHazE_OGFOs7c (dostęp 21.08.2019).

cierpieniach i którego użycie nie powoduje złych skutków ubocznych. Jeżeli popełni pierwszy z tych błędów – zatwierdzając thalidomid – jego nazwisko pojawi się na pierwszych stronach wszystkich gazet. Spadnie nań hańba i wstyd. Jeśli natomiast popełni drugi błąd, któż się o nim dowie? Firma farmaceutyczna promująca nowy lek, która zostanie odprawiona jako kolejny przykład chciwości biznesmenów bez serc oraz kilku zrzędzących chemików i lekarzy, zaangażowanych w opracowanie i testowanie nowego produktu. Ludzie, których życie mogłoby być uratowane nie będą protestować. Ich rodziny nie mają sposobu, aby się dowiedzieć, że ich ukochani stracili życie z powodu „ostrożności" jakiegoś nieznanego urzędnika z FDA.[344]

Jest to więc problem kosztu alternatywnego w skali makroekonomicznej. W związku z tym, że FDA nie funkcjonuje na zasadzie zysków i strat, musi opierać się na innych wskaźnikach potwierdzających jej skuteczność. W przeciwieństwie do instytucji rynkowych FDA ma zawężone pole działania. Nawet niewielka ilość błędów pierwszego rodzaju przyciąga uwagę i krytykę polityków czy mediów. Z kolei błędy drugiego rodzaju, nawet bardziej liczne, nie muszą skutkować krytyką FDA. Problem w funkcjonowaniu FDA polega na tym, że koncentruje się ona głównie na unikaniu błędów pierwszego rodzaju i dlatego w swoich działaniach staje się coraz bardziej konserwatywna (asekuracyjna). John Romanach i Walter E. Block podkreślą, że:

FDA obciąża amerykańską gospodarkę; a przynajmniej jej znaczną część. Motywacją dla biurokratów z FDA jest popełnianie błędów typu 2, czyli niezatwierdzanie pomocnych leków w obawie, że mogą wywołać pewne negatywne skutki uboczne. Błędy tego typu odpowiadają za śmierć tysięcy Amerykanów każdego roku. Zakazując stosowania ryzykownych leków, FDA nie poprawia sytuacji pacjentów; po prostu ogranicza ich zdolność do podejmowania świadomych decyzji. FDA nie może wyeliminować ryzyka; lecz odmawia ludziom możliwości podjęcia szacowanego ryzyka w nadziei na wyleczenie choroby.[345]

Wzrost regulacji jest dla Agencji swego rodzaju polisą ubezpieczeniową. Zwiększając liczbę wymaganych testów jakie muszą przeprowadzać firmy farmaceutyczne Agencja pokazuje, że podejmuje odpowiednie działania i realizuje swoje cele. W przypadku, gdyby Agencja musiała tłumaczyć się ze swoich decyzji, istniejące

[344] M. Friedman, R. D. Friedman, *Wolny wybór*, Wydawnictwo Aspekt, Sosnowiec 2006, s. 199.
[345] J. Romanach, W. E. Block, *Medical Economics End Food and Drug Administration (FDA) and Their Impacts on Public Health*, „Journal The Winners” 2017, nr 1, s. 47.

regulacje i procedury mają dowieść, że standardy bezpieczeństwa i skuteczności zostały zachowane. Działania takie prowadzą jednak do wydłużenia czasu oceny i badań, a więc także ich kosztów. Jak wskazują Friedman i Friedman:

Efektem jest dramatyczny spadek tempa odkryć nowych leków; liczba „nowych jednostek chemicznych" wprowadzanych corocznie spadła od roku 1962 o 50 procent. Równie istotny jest fakt, że wydłużył się znacznie czas potrzebny na zatwierdzenie leków; częściowo stąd wynika wielokrotnie wyższy koszt ich opracowania. Według szacunku dla lat pięćdziesiątych i początku sześćdziesiątych opracowanie i wprowadzenie na rynek nowego lekarstwa trwało około dwudziestu pięciu miesięcy i kosztowało mniej więcej pół miliona dolarów. Uwzględniając inflację, koszty te wzrosłyby od tej pory do nieco ponad 1 miliona. Tymczasem w roku 1978 „wprowadzenie na rynek nowego lekarstwa kosztuje 54 miliony i zabiera około ośmiu lat ". Jest to czterokrotne wydłużenie w czasie i stokrotny wzrost kosztów wobec zaledwie podwojenia się w tym okresie wskaźnika cen. W rezultacie firmy farmaceutyczne w Stanach Zjednoczonych nie mogą już sobie pozwolić na opracowywanie nowych leków dla pacjentów cierpiących na rzadko spotykane choroby. USA, które długo przewodziły w odkryciach w dziedzinie farmacji, szybko więc spadają na dalsze pozycje.[346]

Według szacunków FDA, średni czas pomiędzy złożeniem a zatwierdzeniem wniosku o dopuszczenie nowego leku do sprzedaży wynosił około 7 miesięcy w 1962 r., w 1967 r. już 36 miesięcy, a w latach 1967-1972 średnio 27 miesięcy.[347] Wydłużający się czas wprowadzenia leków na rynek oraz rosnące koszty negatywnie odbiły się na konkurencji oraz innowacyjności. Dla wielu mniejszych firm z branży koszty te były zbyt wysokie i nie mogły one dalej kontynuować działalności. W latach 1955-1962 98% najmniejszych amerykańskich firm farmaceutycznych wprowadziło na rynek 12% leków podczas gdy w latach 1963–1966 nie produkowały już one żadnych nowych leków. Do 1968 r. liczba firm wprowadzających nowe leki na rynek spadła o 44%. Nowe regulacje prowadziły więc do kartelizacji przemysłu farmaceutycznego. W 1962 r. 108 firm wprowadziło nowe farmaceutyki, ale do 1968 r. już tylko 48.[348]

---

[346] M. Friedman, R. D. Friedman, *Wolny wybór*, Wydawnictwo Aspekt, Sosnowiec 2006, s. 197; Autorzy przytaczając dane ilościowe opierają się na dwóch publikacjach: W. Wardell, L. Lasagna, *Regulation and drug development*, American Enterprise Institute, USA 1975, s. 46; L. Lasagna, *The Uncertain Future of Drug Development*, „Drug Intelligence and Clinical Pharmacy" 1979, nr 4, s. 193.

[347] S. Peltzman, *Regulation of Pharmaceutical Innovation: The 1962 Amendments*, Regulation of Pharmaceutical Innovation: The 1962 Amendments, Waszyngton 1974, s. 17-18.

[348] M. J. Ruwart, *Death by Regulation. How We Were Robbed of a Golden Age of Health and How We Can Reclaim It*, Sunstar Press and Liberty International, Kalamazoo, San Francisco 2018, s. 57.

Poprawki z 1962 r. miały także wpływ na ceny. W latach 1949–1961 ceny leków (skorygowane o inflację) spadły o 32%. 10 lat po wejściu Poprawek w życie spadek cen leków wyniósł już tylko 2%, a w następnych dziesięcioleciach, gdy dalej wzrastały koszty wprowadzania nowych leków na rynek, rosły również ceny leków. Działo się tak pomimo względnie wysokich nakładów na badania i rozwój. Niestety, większość z nich przeznaczana jest na zaspokojenie wymagań regulacyjnych, a nie na odkrywanie nowych i lepszych leków. Na przykład w latach 2000–2012 firmy farmaceutyczne na badania i rozwój przeznaczyły średnio 18% ich przychodów ze sprzedaży, więcej niż jakikolwiek inny sektor produkcyjny. Dla porównania, wskaźnik ten dla przemysłu półprzewodników wyniósł 15%, a dla przemysłu komputerowego i elektronicznego 12%. Środki, które nie zostaną wydane na badania i rozwój, przeznaczane są na reklamę, produkcję, wypłaty dla inwestorów czy wydatki administracje, a więc te rodzaje kosztów na które również znacząco wpłynęły Poprawki. Stale rosnące koszty oraz niepewność instytucjonalna jaką wprowadza FDA powoduje, że spada liczba opłacalnych leków. Tylko jeden z ośmiu leków testowanych na ludziach po 1992 roku trafił na rynek, co stanowi wynik o połowę gorszy niż w latach 80-tych. i początku lat 90-tych, a jedynie 20–30% z nowo zatwierdzonych leków zarobiło wystarczająco dużo, aby odzyskać koszty badań i rozwoju.[349]

Firmy farmaceutyczne w przypadku odrzucenia lub przedłużania ich wniosków o pozwolenie na sprzedaż leku nie mają ambicji, aby wejść na drogę prawną z obawy przed odwetem ze strony FDA. Np. wg ankiety z 1991 r. 84% badanych firm deklarowało, że nie składały skarg na FDA z obawy przed możliwymi niekorzystnymi działaniami agencji w przyszłości. Dlatego, aby wzmocnić swoją pozycję firmy farmaceutyczne zaczęły zatrudniać byłych pracowników FDA w celu lepszego dopasowania się do istniejących regulacji. Przed wprowadzeniem Poprawek 10% urzędników FDA opuszczających agencję w latach 1959–1963 przeszło do przemysłu farmaceutycznego, a do 1969 r. odsetek ten wzrósł do 76%. Firmy farmaceutyczne zyskiwały w ten sposób doświadczonych pracowników agencji, którzy pomagali im przechodzić przez zawiły proces regulacyjny. Byli regulatorzy mogą także przekazywać cenną wiedzę na temat sposobu myślenia urzędników, co prowadzi do ograniczania nieporozumień i konfliktów.

[349] Ibidem, s. 82-84.

Co więcej, ich znajomości w FDA pozwalają im na szybkie powiadomienie firmy jakie rodzaje leków będą traktowane przez FDA w sposób korzystny.[350]

Procedury zatwierdzania leków

Jednym z głównych problemów jest sam proces zatwierdzania leku przez FDA. Kiedy firmie farmaceutycznej, po 6-7 latach badań przedklinicznych, uda się wyodrębnić kilka obiecujących związków (spośród kilku tysięcy) składany zostaje wniosek o badanie nowego leku (Investigational New Drug Application – IND). W przypadku jego zatwierdzenia przez FDA, producent może przejść do części badań klinicznych, które składają się z trzech faz. Gregory Conko i Bartley J. Madden opisują je następująco:

• W fazie I, niewielkiej liczbie zdrowych ochotników (zwykle w liczbie od 20 do 100) podaje się lek w coraz większych dawkach w celu ustalenia bezpiecznego poziomu ekspozycji.

• W fazie II, większa liczba pacjentów z faktyczną chorobą (zwykle od 100 do 500) otrzymuje lek w celu dalszej oceny jego bezpieczeństwa i ustalenia skutecznego poziomu dawkowania.

• Badania III fazy obejmują zazwyczaj od 1000 do 5000 pacjentów, z których około połowa otrzymuje lek eksperymentalny, podczas gdy druga połowa otrzymuje placebo lub, jeśli istnieje – obecne standardowe leczenie danej choroby. Pacjenci są losowo przypisywani do aktywnej grupy testowej lub kontrolnej, a wiedza o tym, która grupa otrzymuje badany lek, a która placebo jest ukryta zarówno przed pacjentami, jak i ich lekarzami prowadzącymi, aby zminimalizować uprzedzenia i z góry wyrobione opinie posiadane przez poszczególnych eksperymentatorów.[351]

Fazy te nie wynikają z działania procesów rynkowych, ale istnienia coraz bardziej uciążliwych przepisów, mających za zadanie potwierdzać w oczach opinii publicznej troskę FDA zdrowie Amerykanów. Liczba procedur, w tym tych dotyczących badań klinicznych rośnie, ponieważ w oczach agencji, pozwala to na ograniczanie niepewności wprowadzenia *złego* leku na rynek. Przykładowo, w 1980 r. typowy lek przechodził trzydzieści prób klinicznych z udziałem około piętnastu pacjentów. W połowie lat 90. typowy lek musiał już przejść przez ponad sześćdziesiąt badań klinicznych z udziałem prawie pięciu tysięcy pacjentów[352].

---

[350] Ibidem, s. 30.

[351] G. Conko, B. J. Madden, *Free To Choose Medicine*, 01.10.2013, https://www.heartland.org/_template-assets/documents/publications/20140130_ftcm.pdf (dostęp: 23.08.2019).

[352] FDA, *The Drug Development and Approval Process*, brak daty, https://www.fdareview.org/issues/the-drug-development-and-approval-process/ (dostęp: 26.08.2019).

Niepewność związana z procedurą zatwierdzania nowych leków jest bardzo duża. Firmy farmaceutyczne nigdy nie mają pewności czy FDA nie wydłuży czasu oceny leków żądając dodatkowych badań, dowodów skuteczności czy też wspierając swoimi decyzjami konkurentów. Po zakończeniu fazy trzeciej firma składa wniosek o dopuszczenie leku do sprzedaży (New Drug Application – NDA). Jeśli ocena leku przez FDA (trwa ona do około 2 lat) jest pozytywna lek zostaje dopuszczony do sprzedaży. Dodatkowo, firma musi spełnić wymagania FDA dotyczące produkcji danego leku tzw. dobre praktyki produkcji (Good Manufacturing Practices – GMP). Cały proces, od odkrycia leku do jego zatwierdzenia przez FDA zajmuje od 10 do 15 lat, a same badania kliniczne trwają średnio od sześciu do siedmiu lat. Tylko jeden na 12 leków, które wchodzą w badania kliniczne na ludziach, jest ostatecznie zatwierdzony przez FDA, a całkowite skumulowane koszty wprowadzenia jednego nowego leku na rynek wynoszą średnio od 1,5 do 1,8 miliarda USD.[353] FDA wymaga także dalszych badań (tzw. faza IV), nawet kiedy lek jest już dostępny na rynku. Wynika to między innymi z obawy, że skutki uboczne leku mogą się ujawnić dopiero po zatwierdzeniu leku.

Najbardziej kosztowna jest faza III, gdyż to właśnie podczas niej obawy FDA przed wydaniem nieodpowiedniej decyzji są największe. Etap ten obejmuje najliczniejszą grupę osób uczestniczących w badaniach klinicznych. FDA wymaga dowodów skuteczności w oparciu o badania kliniczne z randomizacją (Randomized Controlled Trials – RCT).[354] Problem polega na tym, że badania te nie powinny być jedynym wyznacznikiem skuteczności czy bezpieczeństwa leków, a konsekwentne wymaganie ich przeprowadzania wydłuża okres wprowadzania nowych leków na rynek oraz zwiększa koszty. Jak wskazują Conko i Madden:

Opracowane po raz pierwszy ponad pół wieku temu, randomizowane próby kontrolowane placebo są dobre do wykrywania, kiedy interwencje medyczne mają duży wpływ na populacje podobnych pacjentów. Jednak jednorodne grupy pacjentów i ściśle kontrolowane środowiska kliniczne związane

---

[353] G. Conko, B. J. Madden, *Free To Choose Medicine*, 01.10.2013, https://www.heartland.org/_template-assets/documents/publications/20140130_ftcm.pdf (dostęp: 23.08.2019).

[354] RCT polega na losowym doborze pacjentów do grupy kontrolnej i eksperymentalnej. Ujmując to inaczej: wybraną z populacji grupę losowo dzieli się na dwie kolejne grupy [opieka.farm, *RCT*, brak daty, https://opieka.farm/ebm/rct/ (dostęp: 23.08.2019].

z randomizowanymi próbami leków nie odzwierciedlają bardzo dobrze praktyki i wyników w świecie rzeczywistym. Po zatwierdzeniu i przepisaniu leków dziesiątkom tysięcy lub milionów pacjentów na różnych etapach choroby i o bardzo różnych cechach zdrowotnych, chorobach towarzyszących i stylach życia, pozornie solidne wyniki badania klinicznego często nie wytrzymują próby czasu. Randomizowane próby kontrolowane (RCT) również nie nadają się do wykrywania i testowania subtelnych różnic występujących w małych subpopulacjach pacjentów, co czyni je słabymi narzędziami do szybkiego, adaptacyjnego uczenia się. (…)

W marcu 2007 r., komitet doradczy FDA złożony z niezależnych ekspertów naukowych i medycznych zagłosował 17 do zera, że innowacyjny lek na raka prostaty o nazwie Provenge jest wystarczająco bezpieczny do zatwierdzenia, a także zagłosował 13 do 4, że Provenge wykazał znaczące dowody skuteczności. Agencja bardzo często przestrzega zaleceń komitetu doradczego, więc wielu obserwatorów uznało, że tak solidne zalecenie doprowadzi do szybkiego zatwierdzenia leku przez FDA. Ale dwa miesiące później agencja odmówiła zatwierdzenia, ponieważ lek nie osiągnął głównego docelowego punktu końcowego badania. Zamiast tego, agencja zasugerowała, że producent powinien zainicjować kolejną próbę fazy III i zatwierdziła Provenge dopiero dwa lata później.[355]

Na takich rozwiązaniach cierpią również pacjenci, którzy za opóźnianie czy odmowę zatwierdzenia nowych leków płacą swoim życiem i zdrowiem. Dotyczy to także tych pacjentów, którzy biorą udział w badaniach RCT, ale otrzymują placebo. Prowadzi to do dramatów wielu ludzi, którzy chcieliby otrzymać eksperymentalny lek, ale na przeszkodzie stoją procedury narzucane przez FDA. Co więcej, nawet osoby ostatecznie otrzymujące lek mają mniejsze szanse na przeżycie, ze względu na przedłużanie decyzji o rozpoczęciu kolejnej fazy testów klinicznych. Goodman podaje konkretny przykład:

Według moich szacunków ponad 1000 osób zmarło przedwcześnie z powodu celowego opóźniania dopuszczania leków przez FDA. Oto, dlaczego. Po „przyspieszonej" analizie, która trwała półtora roku, FDA ostatecznie zaakceptowała Yervoy (ipilimunab) – lek Bristol-Myers Squibbs na przerzutowego czerniaka. Według Narodowego Instytutu Raka (National Cancer Institute), najbardziej śmiercionośny rodzaj raka skóry, czerniak zabił w ubiegłym roku 8700 Amerykanów. BMS złożył wniosek do FDA 18 sierpnia 2010 r., z docelowym terminem zatwierdzenia na 25 grudnia. 2 listopada FDA opublikowała datę docelową, a 25 marca zatwierdziła lek ratujący życie. Pytanie brzmi zatem: ilu pacjentów zabiła FDA opóźniając zatwierdzenie leku? Cóż, 46 procent osób przyjmujących lek żyło rok później, a 20 procent żyło dwa lata później. W grupie kontrolnej tylko 25 procent przeżyło rok, a 14 procent

[355] G. Conko, B. J. Madden, *Free To Choose Medicine*, 01.10.2013, https://www.heartland.org/_template-assets/documents/publications/20140130_ftcm.pdf (dostęp: 23.08.2019).

dwa lata. Różnica między 46 procent a 25 procent wynosi 21 procent. 21 procent z 8700 to 1827 istnień ludzkich. Podobnie, różnica między 20 a 14 procentami wynosi 6 procent, czyli 522 z 1827 istnień ludzkich.[356]

Pomimo tego trudno szukać wielu przykładów zdecydowanych działań zorientowanych na zmianę tej sytuacji. Według Maddena można wskazać cztery przyczyny tego stanu rzeczy:

Po pierwsze, wieczorne wiadomości sprawiają, że większość z nas boi się poważnych niepożądanych skutków ubocznych (w tym śmierci) wynikających ze stosowania zatwierdzonych leków. Wielu zakłada, że niezatwierdzone leki byłyby jeszcze bardziej ryzykowne, a rozwiązaniem kwestii niebezpiecznych leków jest więcej, nie mniej, regulacji rządowych. Rzadko widzimy historie obwiniające niepotrzebne opóźnienia regulacyjne ze strony FDA za śmierć, aczkolwiek bardzo wiele takich zgonów zdarza się z powodu zatwierdzonego leku. (…)

Po drugie, FDA i jej zwolennicy szczerze wierzą, że mają wyższość moralną. Organy regulacyjne, wybrani urzędnicy oraz tysiące lekarzy i administratorów służby zdrowia uważają, że wzywając do przeprowadzenia badań klinicznych „złotego standardu", dzielnie służą interesowi publicznemu. Ludzie, którzy bronią FDA, są bardzo zmotywowani do obrony status quo. Utrzymują swoje uprawnienia, budżety i miejsca pracy po części uderzając w bęben strachu, że jakiekolwiek osłabienie sił FDA uwolni lawinę szkodliwych leków dla społeczeństwa. (…)

Po trzecie, większość z nas nie zdawała sobie sprawy, nie myślała ani nie była w stanie ocenić, co ekonomiści nazywają „kosztem alternatywnym" braku możliwości dokonywania świadomego wyboru najlepszego dla nas leczenia. (…) *Postęp technologiczny od 1962 r. z pewnością doprowadził do postępu medycznego, ale nie tak dużego, jaki miałby miejsce, gdyby FDA nie ustanawiała barier dla badaczy medycznych, lekarzy i pacjentów poszukujących nowych metod leczenia. Kto może sobie wyobrazić, jak szybki byłby postęp, gdyby nie FDA? Ten koszt jest niewidoczny. Nie zastanawiamy się nad tym, czego nie widzimy.*

Wreszcie, tylko niewielki procent ludzi w danym momencie zdaje sobie sprawę, że odczuwa ból, cierpienie i perspektywę śmierci z powodu braku dostępu do nowych leków. W związku z tym, większość z nas przez większość czasu nie ma determinacji domagać się przepisów zapewniających tę wolność. Jeśli (lub bardziej prawdopodobnie, kiedy) doświadczymy takiego bólu lub napotkamy taką perspektywę, nasza choroba prawdopodobnie zużyje tyle naszej energii i zasobów, że przystąpienie do koalicji lub nawet napisanie listu do kongresmena będzie bardzo nisko na naszej „liście rzeczy do zrobienia".[357]

---

[356] J. C. Goodman, *How Many Melanoma Patients Did the FDA Kill?*, 30.03.2011, https://www.healthworkscollective.com/how-many-melanoma-patients-did-fda-kill./ (dostęp: 26.08.2019).

[357] B. J. Madden, *Free to Choose Medicine*, Heartland Institute, USA 2018, s. 19.

Free To Choose Medicine (FTCM) jako alternatywa dla procedur FDA

Jedną z nielicznych propozycji przynajmniej częściowego obejścia sztywnych wymogów FDA jest ambitny projekt Maddena *Free To Choose Medicine*, który zakłada możliwość skorzystania z leków będących w fazie II bez oczekiwania na ich przejście fazy III i zatwierdzenie przez FDA, co daje dużą oszczędność czasu. Decyzja, o tym czy skorzystać z danego leku, należałaby do pacjentów wspieranych przez ich lekarzy. Korzyści odniosłyby również mniejsze firmy farmaceutyczne, których nie stać na ponoszenie wysokich kosztów związanych z procesem zatwierdzania leków przez FDA. Dane dotyczące wpływu danego leku na pacjentów byłyby gromadzone w specjalnie internetowej bazie danych – Tradeoff Evaluation Drug Database (TEDD). Dzięki temu lekarze oraz pacjenci mieliby dostęp do informacji mogących mieć duże znaczenie dla procesu leczenia konkretnych przypadków, a uzyskiwane wyniki leczenia sukcesywnie zwiększałyby jej zasoby. Na dostępie do takich danych skorzystałyby również organizacje wspierające pacjentów, organizacje non-profit, stowarzyszenia medyczne, firmy z sektora prywatnego czy uniwersytety medyczne. Wdrożenie FCTM skutkowałoby także częściowym odejściem od badań RCT na rzecz danych obserwacyjnych (observational data), które obejmowałyby większą liczbę badanych pacjentów oraz zawierały więcej informacji na temat różnorodnych przypadków. W kontekście bezpieczeństwa warto podkreślić, że nie ma powodów by sądzić, że RCT pomogłyby w uniknięciu tragedii talidomidu z uwagi na fakt, że kobiety w ciąży nie byłyby licznie reprezentowane w ograniczonej grupie pacjentów biorących udział w RCT. Wymagana jednorodność pacjentów w grupach RCT może łatwo wykluczyć tych o nietypowych cechach. Z kolei FCTM pozwoliłoby na badania bardziej niejednorodnych grup pacjentów. Co więcej, talidomid został później zatwierdzony przez FDA do leczenia niektórych chorób oraz jest wykorzystywany badaniach nad leczeniem chorób zapalnych, wrzodów związanych z HIV czy rakiem. Potwierdza to, że postrzeganie bezpieczeństwa jako podstawowego warunku, oddzielonego od kontekstu konkretnej choroby i wyjątkowych okoliczności pacjenta, przynosi efekt przeciwny do zamierzonego.[358]

---

[358] Ibidem, s. 42, 47-50, 65-66.

Niewątpliwie, wprowadzenie FTCM realnie ograniczyłoby autonomię FDA. Przypadek Japonii, która z sukcesem zaimplementowała FCTM w ramy swojego systemu opieki zdrowotnej pokazuje, że jest to rozwiązanie możliwe do zrealizowania.[359] FCTM ukazuje ogromny potencjał nieskrępowanych procesów rynkowych, które mogą pomóc wielu pacjentom. Przykładowo, mimo dużego zainteresowania leczeniem eksperymentalnym podczas badań klinicznych, jedynie 3-5% dorosłych Amerykanów chorych na raka bierze w nim udział.[360]

Należy także podkreślić, że kwestie związane z FTCM czy z procesem zatwierdzania leków przez FDA nie powinny być jednocześnie interpretowane jako krytyka samych badań RCT, które z medycznego punktu widzenia pełnią bardzo ważną rolę podczas prac nad nowymi lekami. Problem pojawia się wówczas, kiedy dany rodzaj badań jest faworyzowany przez instytucję mającą monopol w dopuszczaniu leków na rynek. Bardziej indywidualne podejście przyniosłoby korzyści pewnym grupom pacjentów bez uszczerbku dla istotności badań RCT.

Prawa patentowe

Coraz bardziej uciążliwe regulacje zaczęły prowadzić do zmiany strategii firm farmaceutycznych. Prace nad nowymi lekami rozpoczynano za granicą, gdyż badania kliniczne i sprzedaż leków były tam możliwe wcześniej niż w USA. Dopiero w dalszej kolejności, kiedy uzyskiwano wystarczająco satysfakcjonujące wyniki badań, nowe leki były zgłaszane do FDA. Skala tego typu działań była znacząca. Przykładowo, na początku lat siedemdziesiątych ponad dwie trzecie leków odkrytych w Stanach Zjednoczonych i wprowadzonych po raz pierwszy w Wielkiej Brytanii nie było nawet dostępnych w USA. Podobnie było w przypadku nowych jednostek biologicznych (New Biological Entitles –

---

[359] Więcej na ten temat zob. B. J. Madden, *Free to Choose Medicine*, Heartland Institute, USA 2018, s. 58-59; E. L. Hudgins, *How Japan Empowered Patients with Free To Choose Medicine*, 30.06.2018, https://fee.org/articles/how-japan-empowered-patients-with-free-to-choose-medicine/?utm_source=zapier&utm (dostęp: 26.08.2019).

[360] B. J. Madden, L. W. Reed, *In Defense of Free to Choose Medicine*, 21.09.2017, https://fee.org/articles/in-defense-of-free-to-choose-medicine/ (dostęp: 26.08.2019); O wielkich korzyściach jakie Amerykanom może przynieść FTCM świadczy także historia dr W. P. Halforda, który swoje życie poświęcił badaniom na wynalezienie leku na opryszczkę, która dla wielu osób może mieć bardzo poważne konsekwencje. Więcej na ten temat zob. L. W. Reed, *Herpes Cure Needs Free To Choose Medicine*, 18.08.2017, https://fee.org/articles/herpes-cure-needs-free-to-choose-medicine/ (dostęp: 26.08.2019).

NBA), takich jak rekombinowane białka, szczepionki i przeciwciała monoklonalne. Chociaż 82% z nich pochodzi z USA i tam rozpoczęto badania kliniczne, to tylko 25% z nich zostało po raz pierwszy tam wprowadzonych.[361]

Na większym znaczeniu zyskały także prawa patentowe. Nawet jeśli firmie farmaceutycznej uda się wprowadzić dany lek na rynek, to istnieje zagrożenie, że po okresie wygaśnięcia patentu zostanie on skopiowany przez konkurencję, która nie poniosła tak wysokich kosztów badań. Dlatego, dla producenta leku oryginalnego, tak ważne stało się uzyskanie ochrony patentowej przed wprowadzeniem leku na rynek. Jednak dodatkowe problemy w tym przypadku powodują rosnące koszty i czas badań w celu spełnienia wymogów FDA. W związku z tym, że okres ochrony patentowej nie jest liczony od momentu uzyskania aprobaty FDA dla danego leku, to efektywny czas działania takiej ochrony ulega skróceniu. Odbija się to negatywnie na przychodach i zyskach, co prowadzi do podwyższania cen leków, aby zrekompensować utracony czas poświęcony na wydłużające się badania. Przykładowo, w 1976 r. efektywna ochrona patentowa wynosiła 11,4 lat, ale w 1981 r. już 6,8 lat. W celu ograniczania rosnących cen leków, w 1984 r., uchwalono Waxman–Hatch Patent Restoration Act, który częściowo wydłużał okres ochrony patentowej.[362]

Ustawa ta miała uwzględniać interesy zarówno producentów leków oryginalnych jak i generycznych. Ta druga grupa miała uzyskać łatwiejszą ścieżkę w procesie wprowadzania własnych produktów na rynek, co miało zwiększyć konkurencję.[363] Inne badania dotyczące okresu trwania efektywnej ochrony patentowej wskazują także, że Ustawa przyczyniła się do jego wydłużenia. Wg nich średnia długość efektywnej ochrony patentowej dla nowych leków (New Chemical Entities – NCEs) wyniosła 10,8 lat w okresie 1984-1989, w czym swój udział miały również nowe regulacje, które wydłużyły ją średnio o 1,8 lat – bez nich średnia ta wyniosłaby około 9 lat. Z kolei, w latach 1990-1995, wartość ta wzrosła do 11,7 lat a średnia wpływu regulacji została oszacowana na 2,3 lat.[364]

---

[361] M. J. Ruwart, *Death by Regulation. How We Were Robbed of a Golden Age of Health and How We Can Reclaim It*, Sunstar Press and Liberty International, Kalamazoo, San Francisco 2018, s. 43-45.

[362] Ibidem, s. 69-70; P. B. Hutt, *The Importance of Patent Term Restoration to Pharmaceutical Innovation*, „Health Affairs" 1982, nr 2, s. 17-18.

[363] Więcej na ten temat zob. H. Grabowski i in., *Pharmaceutical Patent Challenges: Company Strategies and Litigation Outcomes*, „American Journal of Health Economics" 2017, nr 1, s. 33-59.

[364] H. G. Grabowski, J. M. Vernon, *Effective patent life in pharmaceuticals*, „International Journal of

Często utrzymuje się, że prawa patentowe są niezbędne dla innowacji, a branża farmaceutyczna jest tutaj dobrym przykładem. Gdyby nie patenty, firmy farmaceutyczne nie miałby dostatecznych zachęt na ponoszenie znacznych wydatków na badania i rozwój. Jednak zdaniem Stephana Kinselli, prawa patentowe:

(…) *nieodmiennie przenoszą częściową własność fizycznych obiektów z ich naturalnych właścicieli na osoby wynalazców, innowatorów* (…)

Problem w tym, że jeśli prawa własności dotyczą zasobów, które nie są rzadkie, to z konieczności uszczuplają prawo do posiadania zasobów materialnych. Bierze się to stąd, iż jedyną metodą dostrzeżenia praw idealnych w naszym realnym świecie rzadkości jest ulokowanie praw do zasobów materialnych. Dla mnie, posiadanie egzekwowalnego patentu — prawa do idei bądź wzoru, a nie zasobu rzadkiego — oznacza, że posiadam jakąś kontrolę nad rzadkimi zasobami należącymi do wszystkich innych ludzi.[365]

Zatem, właściciel patentu równie dobrze może go wykorzystywać do spowalniania lub uniemożliwiania postępów swoim konkurentom, którzy nie mogą wykorzystywać swoich zasobów (np. dóbr kapitałowych czy pracy) do dalszych badań nad obszarem chronionym przez prawo patentowe. Jak wskazuje Rothbard:

Patenty, jak wszelkie przywileje monopolowe, uprzywilejowują pewne osoby, ograniczając możliwości działania innym, tym samym powodując w gospodarce zniekształcenia w stosunku do stanu, jaki powstałby na wolnym rynku. Jeśli dany produkt jest wystarczająco pożądany przez konsumentów, posiadacz patentu będzie w stanie ustalić cenę monopolową. Posiadacze patentów, zamiast sami sprzedawać produkty oparte na swoim wynalazku, mogą albo (1) sprzedać komuś swój przywilej, albo (2) zatrzymać przywilej patentowy, lecz sprzedawać licencje innym firmom, pozwalając im na sprzedaż opatentowanych produktów. Przywilej patentowy staje się w ten sposób skapitalizowaną korzyścią monopolistyczną.[366]

Dodatkowo Rothbard argumentuje, że patenty prowadzą do nadmiernych inwestycji we wskazanym obszarze przy ich jednoczesnym ich braku w innych częściach gospodarki:

Technology Management" 2000, nr 1/2, s. 108-109.

[365] S. Kinsella, *Przeciw własności intelektualnej*, 29.01.2012, https://mises.pl/blog/2012/01/29/255/#_ftn1 (dostęp: 26.08.2019); Zob. także wersję oryginalną: S. Kinsella, *Against Intellectual Property*, „Journal of Libertarian Studies" 2001, nr 2, s. 8, 31-32.

[366] M. N. Rothbard, *Interwencjonizm, czyli władza a rynek*, Fijorr Publishing, Warszawa 2009, s. 108.

Ponadto sam posiadacz patentu może być zniechęcony do prowadzenia dalszych badań w tym obszarze, ponieważ otrzymany przywilej pozwala mu spocząć na laurach przez okres obowiązywania patentu, a on sam ma pewność, że żaden konkurent nie wkroczy do jego domeny. Konkurencyjny bodziec do prowadzenia dalszych badań zostaje wyeliminowany. A zatem wydatki na badania są nadmiernie pobudzane na wczesnych etapach, zanim ktokolwiek otrzyma patent, a potem zbytnio ograniczane w okresie obowiązywania patentu. Ponadto niektóre wynalazki mogą zostać objęte patentem, a inne nie. System patentowy niesie za sobą skutek w postaci sztucznego pobudzenia wydatków na badania w obszarach, w których można otrzymać patent, i ich sztucznego ograniczenia w obszarach, w których nie można otrzymać patentu.[367]

Wbrew opiniom zwolenników patentów, wcale nie są one niezbędne do tworzenia innowacyjnych i zyskownych leków. Producent leku oryginalnego zyskuje korzyści wynikające z bycia pierwszym na rynku. Dodatkowo, posiada już określoną strukturę organizacyjną, logistykę czy odpowiednie kadry. Zanim konkurencja wprowadzi swój własny lek może minąć kilka lat, co daje czas (i zachętę) do wcześniejszego zdobycia określonej pozycji na (jeszcze) mniej konkurencyjnym rynku przez producenta leku oryginalnego. Kongresowe Biuro Budżetowe (Congressional Budget Office) obliczyło także, że producent leków oryginalnych nadal może utrzymać udział w rynku na poziomie ponad 20% po wprowadzeniu leków generycznych. Ponadto, ankieta przeprowadzona wśród laboratoriów badawczo-rozwojowych i menedżerów firm, rozszerzając zakres badań poza leki farmaceutyczne, wykazała, że od 23% do 35% z nich uważa patent za skuteczny środek na uzyskanie zwrotu z inwestycji, ale jednocześnie 51% badanych twierdzi, że tajemnice handlowe także są skutecznym sposobem na osiąganie zysków.[368]

Również dowody historyczne wskazują, że brak istnienia prawa patentowego nie stanowił przeszkody dla powstawania innowacyjnych leków. W ankiecie jaką przeprowadziło British Medical Journal z 2006 r. wskazano na 15 najważniejszych odkryć medycznych: penicylina, prześwietlenia rentgenowskie, kultura tkankowa (tissue

[367] M. N. Rothbard, *Ekonomia wolnego rynku*, Instytut Ludwiga von Misesa, Fijorr Publishing, Warszawa 2017, s. 594.
[368] N. Nicolaisen, *Advancing Pharmaceutical and Medical Technology Does Not Depend on Patents*, 31.12.2013, https://mises.org/library/advancing-pharmaceutical-and-medical-technology-does-not-depend-patents (dostęp: 27.08.2019).

culture), eter (środek znieczulający), chloropromazyna,[369] sanitariaty publiczne, teoria zarazków (germ theory), medycyna oparta na wiarygodnych danych (evidence-based medicine – EBM),[370] szczepionki, pigułka, komputery, doustna terapia nawadniająca (oral rehydration therapy), struktura DNA, technologia przeciwciał monoklonalnych (monoclonal antibody technology)[371] i zagrożenie dla zdrowia związane z paleniem (smoking health risk). Spośród nich tylko dwa (chloropromazyna i pigułka) były związane z patentami. Co więcej, Amerykańskie Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (U.S. Centers for Disease Control and Prevention) stworzyło listę zawierającą dziesięć największych osiągnięć w dziedzinie zdrowia publicznego XX wieku w Stanach Zjednoczonych z których żadne nie było powiązane z istnieniem patentu. Także jedno z badań komisji senatora Kefauvera z 1961 r., badającej praktyki monopolistyczne w przemyśle farmaceutycznym wykazało, że dziesięć razy więcej podstawowych wynalazków dotyczących leków powstało w krajach bez patentów na te produkty niż w krajach, w których były one opatrzone patentami. Stwierdzono również, że kraje, które przyznały patenty na leki, miały wyższe ceny niż te, które tego nie zrobiły.[372]

Prawo patentowe daje amerykańskim firmom farmaceutycznym pewność co do czasowego ograniczania konkurencji. Nie można jednak nie zauważyć, że w pewnej części jest ono również pokłosiem istnienia coraz bardziej kosztownych wymagań stawianych przez FDA. Takie uwarunkowania sprawiają, że producenci leków nie obawiają się aż tak bardzo podnoszenia cen, co prowadzi to do sytuacji, w której marże operacyjne w branży farmaceutycznej kształtują się na poziomie około 25% (lub nawet 35%) w porównaniu z 15% lub mniej w przypadku innych przedsiębiorstw. Przemysł farmaceutyczny w USA od kilku dekad znajduje się na szczycie listy najbardziej rentownych sektorów gospodarki USA, nigdy nie spadając poniżej trzeciego miejsca, co jest osiągnięciem niespotykanym w żadnym innym sektorze produkcyjnym.[373]

---

[369] Lek wykazujący m. in. działanie uspokajające, przeciwautystyczne czy przeciwlękowe [mp.pl, *Chloropromazyna (chlorowodorek chloropromazyny)*, brak daty, https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=179 (dostęp: 27.08.2019)].

[370] EBM opiera się na wykorzystaniu aktualnych danych naukowych w celu wyboru odpowiedniego sposobu postępowania w stosunku do indywidualnego pacjenta [A. Lipka, *Prawo do ubezpieczenia a prawo do oceny ryzyka. Evidence Based Underwriting*, w: Z. Guzel, D. M. Fal, A. Lipka (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa. Underwritinig. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne*, Poltext, Warszawa 2013, s. 95.]

[371] Stosowana m. in. w leczeniu nowotworów.

[372] M. Boldrin, D. K. Levine, *Against intellectual monopoly*, Cambridge University Press, USA 2008, s. 214-215.

[373] Ibidem, s. 212.

Rentowność sprzedaży przedsiębiorstwa Pfizer – jednego z największych producentów leków na świecie – w 2019 r. wyniosła 19,7%. W przypadku niektórych znaczących amerykańskich producentów wskaźnik ten był nawet wyższy i wynosił odpowiednio: 14,7% (Merck), 17,4% (AbbVie), 13,2% (Eli Lilly), 35,3% (Amgen), 21,8% (Bristol-Myers Squibb), 24,7% (Gilead Sciences), 26,5% (Celgene) i 32,9 (Biogen).[374]

Wysokie koszty wprowadzania leków na rynek oraz istniejące prawo patentowe skłaniają firmy farmaceutyczne do działań skutkujących powstawaniem leków, które strukturalnie są bardzo podobne do tych już będących na rynku (tzw. *me-too drug*). Taki lek musi jednak posiadać pewne różnice pozwalające na przyznanie patentu przez Amerykański Urząd Patentów i Znaków Towarowych (U.S. Patent and Trademark Office – USPTO), co oznacza, że sam patent nie musi być wynikiem rozwijania innowacyjnych produktów. Wg danych National Institute of Health Care Management, w latach 1989-2000, 54% wniosków zatwierdzonych przez FDA dotyczyło leków zawierających substancje czynne już dostępne na rynku. Nowość jaką wnosiły nowe leki dotyczyła postaci dawkowania, drogi podawania lub kombinacji z innymi składnikami. W rzeczywistości tylko 238 z 1035 leków zatwierdzonych przez FDA zawierało nowe składniki aktywne i otrzymało wysokie oceny na podstawie ich wyników klinicznych.[375]

Kiedy producent leku uzyska w końcu aprobatę FDA będzie mógł ustalić relatywnie wyższą cenę za swoje produkty. Ceny leków, które są produkowane przez duże prywatne firmy, nie są jednak efektem nieskrępowanych procesów rynkowych. Wysokie ceny leków budzą (słuszne) kontrowersje. Np. ekonomista Jeffrey Sachs skrytykował producenta leku na wirusowe zapalenie wątroby typu C, firmę Gilead, za (jego zdaniem) bardzo wysoką cenę leku wynoszącą 84.000 USD. Sachs twierdzi przy tym, że koszt wyprodukowania leku wynosi jedynie 100 USD. Ponadto, ekonomista wskazuje na istotność prawa patentowego twierdząc, że jest ono niezbędne dla powstawania innowacyjnych leków (wg Sachsa Gilead zapłacił 11 mld USD za prawa patentowe do tego leku), przy czym uważa, że firmy farmaceutyczne mogą wykorzystywać je do ustalania zbyt wysokich cen. Jako rozwiązanie tego problemu

[374] Fortune, *Fortune 500 (2019)*, brak daty, https://fortune.com/fortune500/2019/search/?industry=Pharmaceuticals (dostęp: 27.08.2019).

[375] M. Boldrin, D. K. Levine, *Against intellectual monopoly*, Cambridge University Press, USA 2008, s. 215-217.

proponuje rządową kontrolę cen. Nie można jednak pominąć kosztów wieloletnich badań jakie wcześniej musiała ponieść firma, która nie miała wówczas żadnej gwarancji, że FDA zatwierdzi ich lek lub że zatwierdzi go w określonym czasie. W takich niepewnych uwarunkowaniach nie można się dziwić, że firmy farmaceutyczne poszukują ponadprzeciętnych zysków. [376] Propozycja reformy prawa patentowego prawdopodobnie skończyłaby się przepisami wprowadzającymi cenę maksymalną, co jeszcze bardziej zniechęciłoby producentów do badań nad nowymi lekami. Prawdziwym problemem jest istnienie prawa patentowego, a wysokie ceny leków są tego konsekwencją. Jak twierdzi Rothbard:

> *Większość współczesnych krytyków patentów koncentruje się nie na samym istnieniu patentów, ale na rzekomych „monopolistycznych nadużyciach" towarzyszących korzystaniu z nich. Nie zdają sobie oni sprawy z tego, że sam patent jest monopolem i że skoro ktoś otrzymuje przywilej monopolowy, to nie należy się dziwić ani oburzać, że z niego w pełni korzysta*[377]

Tak wysokie ceny leków mogą szokować i temat ten systematycznie jest przywoływany przez polityków. Przykładowo, Katie Porter – przedstawicielka Izby Reprezentantów związana z Partią Demokratyczną – zwróciła uwagę na cenę jednej tabletki Revlimid (leku na szpiczaka mnogiego – nowotworu kości), która wzrosła z 215 USD w 2005 r. do 763 USD w 2020 r. Naturalnie może to prowadzić do szukania winnych tego stanu rzeczy po stronie firm farmaceutycznych. Jednak jak wskazuje ekonomista S. Horwitz pacjenci w USA rzadko płacą pełne ceny/ ceny katalogowe (sticker price) takie jak ta przedstawiona przez Porter. Wynika to m. in. z faktu, że dostawcy i ubezpieczyciele często negocjują ich ceny co prowadzi do ich spadku. Ponadto, większość pacjentów chorych na raka nie płaci ani ceny pełnej czy negocjowanej, gdyż szybko osiągają oni maksymalne limity swoich płatności bezpośrednich (out of pocket) w swoich ubezpieczeniach.[378]

Koszty te w większości ponoszą więc firmy ubezpieczeniowe i one także

---

[376] T. D. Terrell, *Pharmaceutical Prices, Patents, and the FDA*, 17.08.2015, https://mises.org/library/pharmaceutical-prices-patents-and-fda (dostęp: 28.08.2019).

[377] M. N. Rothbard, *Interwencjonizm, czyli władza a rynek*, Fijorr Publishing, Warszawa 2009, s. 109.

[378] S. Horwitz, *The Real Cost of Expensive Cancer Drugs*, 02.10.2020, https://www.econlib.org/the-real-cost-of-expensive-cancer-drugs/ (dostęp: 01.12.2020).

podejmują działania prowadzące do ich obniżenia. Ubezpieczyciele tworzą np. specjalne sieci aptek powiązane z ich planami zdrowotnymi. Apteki te, zarządzane przez ubezpieczycieli, dają im możliwości do negocjowania niższych cen leków bezpośrednio z ich producentami. Dzięki temu możliwe jest połączenie ubezpieczenia, dostaw leków oraz świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia co obniża koszty zarówno ubezpieczycielom jak i ubezpieczonym. Ekonomista Steven Horwitz, który *de facto* jako pacjent korzystał z leku Revlimid dodaje, że również sami producenci leków oferują znaczne zniżki (np. uzależnione od dochodów) na ich produkty, które kierują bezpośrednio do pacjentów. Zniżki te obejmują np. likwidację większości kosztów w pierwszym miesiącu ich przyjmowania.[379]

Ekonomista jako dowód przytacza m. in. wyniki badań opublikowanych na łamach *Journal of Medical Economics* w których zbadano około 77 tys. recept związanych z leczeniem szpiczaka mnogiego, które trafiły do ponad 6,7 tys. pacjentów. Średni jednostkowy koszt bezpośredni wyniósł 227 USD, ale po uwzględnieniu różnych form wsparcia finansowego spadł on do około 80 USD. W sumie, ponad 86% pacjentów poniosło koszty bezpośrednie na receptę w wysokości 50 USD lub niższej.[380]

Wpływ regulacji FDA na koszty, ceny oraz dostępność leków

Takie przypadki nie powinny dziwić, gdyż wymagania narzucane przez FDA sprawiają, że wiele obiecujących badań zostaje porzuconych z uwagi na wysokie koszty. Przykładowo, jedno z badań wykazało, że w latach 1981–1992, ponad 30% programów badawczych zostało zamkniętych z powodów ekonomicznych. Kiedyś porzucenie badań nad danym lekiem świadczyło np. o problemach z jego bezpieczeństwem. Obecnie, zjawisko to ma więcej wspólnego z obawą producenta o to, że nie zdoła on odróżnić swojego leku od konkurencji na tyle, aby uzyskać patent.[381]

Jako inny współczesny przykład negatywnego wpływu FDA na konsumentów

---

[379] Ibidem.

[380] S. Lee i in., *A retrospective study of direct cost to patients associated with the use of oral oncology medications for the treatment of multiple myeloma*, „Journal Journal of Medical Economics" 2016, nr 4, s. 397.

[381] S. Gottlieb, *Medical innovation in peril*, w: S. W. Atlas (red.), *Reforming America's Health Care System: The Flawed Vision of ObamaCare*, Hoover Institution Press Publication Publication, USA 2010, s. 39-40.

może posłużyć przypadek firmy Mylan, producenta EpiPen – automatycznego wstrzykiwacza z adrenaliną stosowanego w przypadku wystąpienia nagłych reakcji alergicznych. W 2016 r. cena produktu wzrosła o 400%, co było niemałym szokiem, gdyż około 3,6 mln Amerykanów (w tym wiele dzieci) korzysta z tego rodzaju produktu. Różni komentatorzy wskazywali, że są to naoczne efekty działania kapitalizmu. Jednak, prawdziwym powodem wzrostu ceny EpiPen były prawa patentowe oraz utrudnianie konkurentom wejścia na rynek przez FDA. Dodatkowo, silna pozycja producenta EpiPen została jeszcze wzmocniona przez decyzję jego konkurenta (Sanofi) o wycofaniu swojego produktu (Auvi-Q) z rynku (Sanofi wznowił sprzedaż Auvi-Q na początku 2017 r.). Skutkiem było objęcie przez Mylan 98% udziałów w rynku, co w połączeniu z konserwatywną polityką FDA ostatecznie doprowadziło do wzrostu ceny produktu tej firmy.[382] FDA dopiero 2 lata później zatwierdziła produkt konkurencyjnej firmy – Teva Pharmaceuticals – dając kilku milionom Amerykanom nadzieję na ponoszenie mniejszych wydatków w przyszłości, którzy mieli także problemy z dostępnością do EpiPen'u.[383] W kolejce czekają także inne firmy jak np. Windgap pracujący nad urządzeniem mniejszym i wygodniejszym w użytkowaniu niż EpiPen, któremu na ten cel udało się pozyskać 12 mln USD od inwestorów.[384]

Producenci leków generycznych nawet w przypadku wygaśnięcia patentów na leki oryginalne mają spore problemy z wprowadzaniem swoich konkurencyjnych produktów na rynek. FDA wymaga od nich przejścia przez proces skróconej aplikacji nowego leku (Abbreviated New Drug Application – ANDA), który polega na przeprowadzeniu testów wykazujących, że lek generyczny jest wprowadzany do krwiobiegu z taką samą szybkością jak lek oryginalny. Testy te trwają 2 lata i kosztują około 5 mln USD. Po ich zakończeniu FDA jeszcze przez ponad 3 lata analizuje zebrane dane. Rosnące wymagania regulacyjne odnośnie generyków powodują, że ich produkcja staje się nieopłacalna, co jest szczególnie zauważalne w przypadku producentów starszych leków generycznych. Dodatkowo, takie uwarunkowania mogą powodować,

---

[382] J. Stooksberry, *Don't Blame Capitalism for Your Pricey EpiPen*, 25.08.2016, https://fee.org/resources/don-t-blame-capitalism-for-your-pricey-epipen/ (dostęp: 28.08.2019).

[383] S. Kaplan, *F.D.A. Approves Generic EpiPen That May Be Cheaper*, 16.08.2018, https://www.nytimes.com/2018/08/16/health/epipen-generic-drug-prices.html (dostęp: 28.08.2019).

[384] S. Faulkner, *Windgap Medical raises $12m for epinephrine auto-injector*, 17.01.2019, https://www.drugdeliverybusiness.com/windgap-medical-raises-12m-for-epinephrine-auto-injector/ (dostęp: 28.08.2019).

że jedyny producent danego leku generycznego sprzedaje swoją licencję na dany lek mniejszej firmie, której głównym celem jest znaczne podwyższenie jego ceny.[385]

Prowadzi to do innych problemów, zwłaszcza kiedy jedyny producent danego leku nie jest w stanie wyprodukować jego odpowiedniej ilości. Jako przykład można wskazać firmę Genzyme, producenta leku o nazwie Fabrazyme – leku na chorobę Fabry'ego powodującą choroby nerek oraz zawały serca. Genzyme nie nadążał z produkcją leku, na który miał patent. Sytuacja ta stawiała pacjentów w trudnej sytuacji, dlatego zwrócili się oni do Narodowego Instytutu Zdrowia (NIH) z petycją o umożliwienie innym firmom produkcji potrzebnego leku w zamian za odpowiednią opłatą dla Genzyme. Ponadto warto zauważyć, że kluczowe badania nad opracowaniem leku Fabrazyme nie zostały w rzeczywistości przeprowadzone przez Genzyme, ale przez Mount Sinai School of Medicine i zostały sfinansowane ze środków NIH tzn. ze środków pochodzących od podatników. Jednak NIH odrzucił petycję, co powinno dziwić, gdyż nie dotyczyła ona zniesienia danego patentu na lek.[386] Warto także zaznaczyć, że petycja dotyczyła wcześniej sprawdzonego i zatwierdzonego leku i jej pozytywne rozpatrzenie nie wpływałoby na kwestie bezpieczeństwa czy skuteczności na którym tak bardzo zależy FDA.

Producenci leków oryginalnych są także w stanie opóźniać wprowadzanie generyków na rynek poprzez wstrzymywanie dostaw oryginalnych leków do producentów leków generycznych, którzy (zgodnie z zasadami FDA) muszą otrzymać ich odpowiednią ilość w celu stworzenia wartościowej kopii. Za przykład może posłużyć Turing, producent leku Daraprim, który odmówił sprzedaży swojego nieopatentowanego leku potencjalnym konkurentom. Turing podwyższył także cenę swojego leku z 14 do 750 USD za pigułkę. Jednym z pierwszych kroków do zmiany tej sytuacji może być propozycja ustawy CREATES Act, która producentom leków generycznych miałaby dać gwarancję otrzymania odpowiedniej ilości leków niezbędnych do badań nad ich własnymi lekami.[387]

---

[385] M. J. Ruwart, *Death by Regulation. How We Were Robbed of a Golden Age of Health and How We Can Reclaim It*, Sunstar Press and Liberty International, Kalamazoo, San Francisco 2018, s. 89-90.

[386] S. Kinsella, *Patents Kill: Compulsory Licenses and Genzyme's Life Saving Drug*, 08.12.2010, https://mises.org/wire/patents-kill-compulsory-licenses-and-genzyme's-life-saving-drug (dostęp: 28.08.2019).

[387] R. Paul, *Unleash the Market to Lower Drug Prices*, 13.03.2018, https://fee.org/articles/dr-ron-paul-unleash-the-market-to-lower-drug-prices/ (dostęp: 28.08.2019).

Producenci leków oryginalnych, w celu ograniczania konkurencji, zasłaniają się także programem Strategii Oceny i Ograniczania Ryzyka (Risk Evaluation and Mitigation Strategy – REMS). REMS jest programem, który pozwala na ograniczoną dystrybucję danego leku, jeśli FDA ma obawy co do skutków jego stosowania. Według FDA producenci leków oryginalnych mogą także nakładać ograniczenia na hurtowników i innych pośredników, które zapobiegają masowej sprzedaży leków potrzebnym producentom leków generycznych do testów.[388]

Nie powinno zatem dziwić, że ceny leków generycznych również rosną. Dane dostarczone przez Healthcare Supply Chain Association (HSCA) dotyczące zakupów dziesięciu leków generycznych dokonywanych przez Organizacje Zakupów Grupowych (Group Purchasing Organizations – GPO) wykazały, że wzrost cen 10 leków generycznych wynosił od 388% do 8281% w latach 2012-2014. Przykładowo, cena antybiotyku Doxycycline Hyclate wzrosła z 20 USD w październiku 2013 r. do 1.849 USD w kwietniu 2014 r. Z kolei cena Benazepril/Hydrochlorothiazide – leku używanego do leczenia nadciśnienia – wzrosła z 34 USD do 149 USD w tym samym okresie.[389]

FDA znajdując się pod nieustanną presją instytucji publicznych czy opinii publicznej stara się wpływać na zaistniałą sytuację. W roku 2018 zatwierdzona została rekordowa liczba nowych leków generycznych (971 wobec 937 w 2017 r.). Jednak wg artykułu z Washington Examiner, tylko 12% z nich dotyczyło złożonych leków, które mają stosunkowo mniej konkurencyjnych leków generycznych (i często wyższe ceny). Statystyki wypadają już znacznie gorzej, jeśli chodzi o nowe leki oryginalne – tych w 2018 r. zatwierdzono zaledwie 59 (wobec 100 w 2017 r.). Warto także zaznaczyć, że większa ilość zatwierdzanych leków była po części spowodowana zmianami w prawie. W 2012 r. Kongres uchwalił Ustawę o Bezpieczeństwie i Innowacjach Agencji ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration Safety and Innovation Act – FDASIA), która pozwala firmom farmaceutycznym na korzystanie z przyspieszonego procesu zatwierdzania leków przez FDA dzięki dodatkowym opłatom.[390]

---

[388] N. Pagliauro, *Celgene, J&J top complaint list to FDA for blocking generics*, 18.05.2018, https://www.biopharmadive.com/news/celgene-johnson-fda-anticompetitive-generic-list/523871/ (dostęp: 28.08.2019).

[389] Więcej na ten temat zob. https://www.sanders.senate.gov/download/face-sheet-on-generic-drug-price-increases?inline=file (dostęp: 28.08.2019).

[390] R. J. March, *FDA Approves Record Number of Generic Drugs in 2018*, 10.01.2019, https://fee.org/articles/fda-approved-record-number-of-generic-drugs-in-2018/ (dostęp: 28.08.2019).

Nie jest to jednak pierwsze rozwiązanie tego typu, a dodatkowo rodzi ono problemy natury etycznej. Na podobne rozwiązanie zdecydowano się na początku lat 90-tych XX w. Od momentu wejścia w życie Poprawek z 1962 r. okres zatwierdzania leków znacznie się wydłużył. FDA, mając ograniczone fundusze i kadry, nie radziła sobie dobrze z efektywną oceną coraz większej liczby wniosków. Aby wyjść na przeciw tym problemom, w 1992 r Kongres uchwalił Ustawę o Opłacie za Lek na Receptę (Prescription Drug User Fee Act –PDUFA). Dzięki niej firmy farmaceutyczne ponosiły dodatkowe opłaty na rzecz FDA dzięki czemu agencja mogła zatrudnić nowych pracowników potrzebnych do przyspieszenia procesu zatwierdzania leków.[391]

Problemy z bezpieczeństwem leków zatwierdzanych przez FDA

Wysiłki FDA koncentrują się głównie na unikaniu błędu nr 1 polegającego na zatwierdzeniu leku mającego *widoczne* skutki uboczne. Jak zostało to wyjaśnione wcześniej, nie ma wyraźnej granicy pomiędzy lekiem bezpiecznym a niebezpiecznym czy skutecznym a nieskutecznym. Dodatkowo, Ustawa z 1992 r. wprowadziła także silny bodziec ekonomiczny, który stanowił swojego rodzaju dodatkowy dylemat dla misji FDA. Posiadając dodatkowe fundusze, FDA dalej starała się unikać błędu nr 1, ale nie mogła już bardziej przeciągać procesu zatwierdzania leków. Kiedy instytucja monopolistyczna otrzymuje od prywatnych firm dodatkowe środki i jednocześnie w swoich działaniach kieruje się niemożliwymi do zrealizowania celami (efektywności i bezpieczeństwa), to siłą rzeczy na rynek zaczyna trafiać coraz większa liczba leków, które mogą wywoływać u części pacjentów mniej lub bardziej intensywne efekty uboczne. W warunkach rynkowych, problem ten jest rozwiązywany inaczej. Każda instytucja oceniająca leki, tak jak firma farmaceutyczna, dba o swoją reputację, od której zależy jej pozycja rynkowa. Dlatego znaczenia nabierają np. kampanie informacyjne czy współpraca firm farmaceutycznych z lekarzami. Żadna instytucja dokonująca oceny leku nie próbuje jednak na siłę zagwarantować całkowitego bezpieczeństwa leku, gdyż jest to zadanie niewykonalne, które skutkuje rosnącymi kosztami, wydążającym się czasem oceny i efekcie większymi cierpieniami pacjentów. W przypadku popełnienia błędu zarówno

[391] D. McGuff, R. P. Murphy, *The Primal Prescription*. Primal Blueprint Publishing, USA 2015, s. 45.

instytucja dokonująca oceny jak i producent leku ściśle ze sobą współpracują, aby jak najszybciej wyeliminować problem (np. błędne zaopiniowanie wadliwego leku). Jednak FDA nie musi się obawiać konkurencji. Dodatkowe fundusze uzyskiwane od prywatnych firm mogą także wpływać na obiektywność decyzji agencji, zwłaszcza w sytuacji, kiedy wpływy FDA związane z oceną leków wynoszą około 70% (w 2018 r.) budżetu sekcji leków dla ludzi, stanowiącą największą część (ponad 30%) całego budżetu FDA.[392]

Pod koniec XX w. przypadek leku Vioxx ostatecznie obalił mit FDA jako instytucji potrafiącej skutecznie pogodzić ze sobą sprzeczne cele. Vioxx, który został wprowadzony na rynek w 1999 r. (jako tzw. *me-too drug*), był lekiem stosowanym w przypadku zapalenia stawów. Jego przewagą nie była jednak wyraźnie wyższa skuteczność, tylko fakt, że wywoływał on mniej skutków ubocznych (bóle żołądka) niż konkurencyjne leki i to właśnie ten czynnik zadecydował o sukcesie leku. Problemy zaczęły się pojawiać w następnym roku, kiedy Merck, producent leku, przesłał do FDA badania dotyczące efektów ubocznych działania leku. Wyniki tych badań pokazały, że przyjmowanie leku może prowadzić do zwiększenia ryzyka zawału serca czy udaru mózgu. Pomimo alarmujących danych dopiero w 2002 r. informacje o możliwych poważnych zostały przedstawione na etykiecie leku. W 2004 r. zostały przeprowadzone kolejne badania, których wyniki były na tyle niepokojące, że Merck dobrowolnie (bez udziału FDA) podjął decyzję o wycofaniu leku z rynku, co było wydarzeniem wyjątkowym. Równie niepokojące były badania przeprowadzone przez D. Grahama (lekarza i długoletniego pracownika FDA) oraz jego współpracowników, wg których Vioxx był przyczyną 140.000 przypadków choroby wieńcowej z których nie mniej niż 60.000 okazało się być śmiertelnych. Badania miały być opublikowanie w 2004 r. w prestiżowym czasopiśmie medycznym *The Lancet* jednak, ostatecznie, nie doszło do ich publikacji. Dr Graham w wywiadzie udzielonym *Newsweekowi* stwierdził później, że wielu osobom z FDA zależało na nieupublicznianiu tych informacji oraz, że próbowano podważyć jego wiarygodność jako naukowca. Wg dr Grahama liczby te mogłyby być jeszcze większe, gdyby nie decyzja producenta o dobrowolnym wycofaniu leku.[393] Co ciekawe, chociaż badania te zostały w końcu opublikowane, FDA podjęła decyzję

---

[392] FDA, *FDA Fiscal Year 2020 Justification of Estimates for Appropriations Committees*, 16.08.2018, https://www.fda.gov/about-fda/reports/budgets (dostęp: 29.08.2019).

[393] D. McGuff, R. P. Murphy, *The Primal Prescription*. Primal Blueprint Publishing, USA 2015, s. 48-49.

o powtórnym dopuszczeniu Vioxx na rynek. Jak wskazuje Dale Steinreich:

Badanie Grahama zostało ostatecznie opublikowane w The Lancet pod koniec stycznia 2005 r., ale o dziwo, około trzy tygodnie później, 18 lutego, zespół doradczy FDA zalecił powrót Vioxx na rynek. Tym, co powinno szczególnie dręczyć zespół, było głosowanie za Bextrą, pomimo obaw zespołu o ograniczone długoterminowe dane dotyczące jej bezpieczeństwa.

Następnie zaś, 7 kwietnia 2005 r. – niecały miesiąc po korzystnym głosowaniu doradczym – Pfizer wycofał Bextrę z rynku na żądanie FDA, powołując się nie tylko na ryzyko ataku serca, udaru i nagłej śmierci sercowej, ale także na potencjalnie śmiertelne reakcje skórne. Okazuje się, że dziesięciu członków panelu FDA, którzy głosowali 18 lutego 2005 r. zarówno na Vioxx, jak i na Bextrę, nie tylko miało powiązania z ich producentami, ale ich głosy były kluczowe dla zapewnienia przychylnego głosowania panelu na oba te leki.[394]

Problem polega jednak na tym, że FDA nie może po prostu zatwierdzić leku bezpiecznego czy odmówić takiej decyzji producentom leków niebezpiecznych, gdyż wszytko zależy od konkretnego pacjenta. Nawet Vioxx może okazać się najlepszym rozwiązaniem dla części pacjentów pomimo rosnącego zagrożenia wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu. Jak twierdzą Jerry Arnett i Gregory Conko:

Kolejny lek Cox-2 i liczne konwencjonalne niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ) pozostały na rynku po ich wycofaniu, ale wielu pacjentów, którzy przyjmowali Vioxx, nie mogło znaleźć zadowalającego substytutu. Wielu lekarzy i pacjentów nadal uważa, że zdolność Vioxx do łagodzenia bólu w wielu przypadkach znacznie przewyższa jego ryzyko. Na przykład badanie Competitive Enterprise Institute opublikowane w styczniu 2007 r. wykazało, że 80% ankietowanych chirurgów ortopedów chciałoby, aby Vioxx był ponownie dostępny. We własnej praktyce chorób wewnętrznych autora badania – Jerome'a Arnetta, wielu pacjentów zdecydowało się wznowić stosowanie leku za świadomą zgodą na jego skutki uboczne. Podobnie jak leki „me-too”, takie jak Vioxx i inne inhibitory Cox-2, często mają nieco inne niepożądane skutki uboczne dla różnych osób, mają one również subtelne, ale ważne zamierzone korzyści, które będą wpływać na różnych pacjentów w różny sposób.[395]

Przypadek Vioxx jest szczególny z tego względu, że FDA zatwierdziła lek, który

[394] D. Steinreich, *Playing God at the FDA*, 02.05.2005, https://mises.org/library/playing-god-fda (dostęp: 29.08.2019).

[395] J. Arnett, G. Conko, *FDA’s Bad Medicine. How the Dispersed Knowledge Problem Affects Drug Safety Analysis*, 13.08.2008, https://cei.org/studies-point/fdas-bad-medicine (dostęp: 29.08.2019).

wbrew jej misji, doprowadził do śmierci wielu ludzi. Podobnie jest w sytuacji, gdy FDA zwleka z zatwierdzeniem danego leku. Przykładowo, pięcioletnie opóźnienie we wprowadzeniu antybiotyku Septra na rynek amerykański mogło kosztować 80.000 istnień ludzkich, a zwlekanie z zatwierdzeniem beta-blokerów mogło doprowadzić do przedwczesnej śmierci 250.000 osób. [396] W warunkach rynkowych nawet *mało bezpieczne* leki trafiałyby na apteczne półki, co nie oznacza, że każdy pacjent bez obaw dokonywałby ich zakupu. Prawdopodobieństwo popełnienia błędu przez pacjentów malałoby, gdyż otrzymywaliby oni wsparcie ze strony lekarzy czy różnych instytucji dokonujących ocen leków i innych produktów. Te ostatnie, jak twierdzą McGuff i Murphy, już dowiodły swojej skuteczności w tym obszarze:

Nie jest jedynie czystą spekulacją z naszej strony, że dobrowolny system prywatnego przeglądu przyniósłby lepsze wyniki niż obecne podejście. Na przykład, od 1993 roku, biuletyn „Worst Pills, Best Pills" („Najgorsze pigułki, najlepsze pigułki") z powodzeniem przewidział wszystkie 20 wycofań FDA, w niektórych przypadkach na wiele lat przed faktyczną zmianą swojej pierwotnej decyzji przez FDA. „Najgorsze pigułki, najlepsze pigułki" ostrzegały konsumentów o Meridii już 12,5 lat przed jej wycofaniem, Zelnorm 2,8 roku, Tequin 3,8 roku, Bextra 2,4 roku, Vioxx 3,5 roku, Baycol 3,4 roku, Propulsid 1,7 roku, Rezulin 2,2 roku, Raxar 1,4 roku, Duract 0,6 lat i Redux 1,2 lat przed ich wycofaniem przez FDA.[397]

Istnienie wielu konkurujących między sobą instytucji dokonujących ocen leków przyczynia się do ograniczania pokusy nadużycia wśród pacjentów. Z kolei Mark Thornton twierdzi, że istnienie instytucji takich jak FDA prowadzi do rozszerzania się tego zjawiska:

W ostatnich latach szkody wywołane zażywaniem leków przepisywanych przez lekarza dogoniły szkody wywołane przez te nabywanie nielegalnie, co każe nam wierzyć, że coraz więcej ludzi postrzega leki na receptę jako dużo bezpieczniejsze niż ich czarnorynkowe odpowiedniki.

W 2008 r. więcej niż połowa (55%) zgonów spowodowanych przez przedawkowanie leków było związanych z lekami przepisywanymi przez lekarza. Oparte na opium leki przeciwbólowe, takie jak Oxycontin, odpowiadają za 74% zgonów związanych z lekami na receptę. Co więcej, w 2009 roku miało miejsce 1,2 miliona wizyt na ostrym dyżurze związanych z przedawkowaniem leków przepisanych przez

---

[396] R. LeRoy Miller, D. K. Benjamin, D. C. North, *Economics of Public Issues, The, 18th Edition*, Pearson, USA 2013, s. 6-7.

[397] D. McGuff, R. P. Murphy, *The Primal Prescription*. Primal Blueprint Publishing, USA 2015, s. 50-51.

lekarza w porównaniu do 1 miliona wizyt związanych z zażywaniem nielegalnych narkotyków takich jak heroina czy kokaina. (...)

Nie chodzi tu o to, że FDA aprobuje wysoce niebezpieczne leki takie jak talidomid, a utrudnia wprowadzenie leków bezpiecznych i skutecznych. Chodzi o to, że zatwierdzanie leków przez FDA czyni je bardziej niebezpiecznymi. Aprobata tej organizacji tworzy dla firm farmaceutycznych, lekarzy i konsumentów pewnego rodzaju pokusę nadużycia. (...)

W przypadku leków aprobowanych przez FDA konsumenci biorą na siebie zwiększone ryzyko, jednakże nie są od niego ubezpieczeni — są jedynie zapewnieni, że nic im nie grozi. FDA nie przyjmuje żadnej finansowej odpowiedzialności wobec konsumentów. Gdy nakłada na koncerny farmaceutyczne duże kary, konsumentom nie są wypłacane żadne odszkodowania. Jeśli FDA zaaprobowało lek jako bezpieczny i skuteczny, dlaczego nabywcy mieliby myśleć inaczej? Są oni w wielce niekorzystnym położeniu, jeśli chodzi o dostęp do informacji, dlatego też nie dziwi, że konsumenci stają się mniej czujni.[398]

Regulacje reklam leków

FDA dążąc do realizacji swoich celów reguluje także reklamę zatwierdzanych przez siebie produktów. Te ograniczenia w przekazie informacji wynikają z tego, że leki zatwierdzane przez FDA są przeznaczane do zwalczania określonych schorzeń i stosowanie ich do innych celów może powodować niepożądane skutki uboczne. FDA mogłaby zostać np. posądzona o brak odpowiednich działań w zapewnianiu bezpieczeństwa, więc w celu unikania krytyki agencja wpływa także na samą reklamę. Przykładowo, firmy farmaceutyczne nie mogą edukować lekarzy czy opinii publicznej na temat nowych zastosowań swoich leków, ale sami lekarze mogą już przepisywać swoim pacjentom leki do innych celów niż te wskazane na etykiecie. Wg szacunków liczba tak przepisywanych leków wzrosła z 29,9% w 1993 r. do 38,3% w 2008 r.[399]

Wydatki na reklamę i promocję pełnią nie mniej ważną rolę niż wydatki na badania i rozwój. Wyprodukowanie nowego leku lub odkrycie jego nowego zastosowania nie będą mógłby zostać odpowiednio wykorzystane, jeśli informacje nie zostaną przekazane dalej tzn. do szpitali, lekarzy i pacjentów. Reklama i promocja pełnią zatem ważną rolę w procesie tworzenia i przekazywania informacji. Nowy lek, który

[398] M. Thornton, *Leki: dobre, złe i brzydkie*, 03.12.2012, https://mises.pl/blog/2012/12/03/thornton-leki-dobre-zle-i-brzydkie/ (dostęp: 29.08.2019).

[399] W. D. Bradford, J. L. Turner, J. W. Williams, *Off-Label Use of Pharmaceuticals: Trends and Drivers*, 23.04.2013, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2230976 (dostęp: 29.08.2019).

działa skuteczniej niż inne, bez reklamy, nie miałby odpowiedniej wartości ekonomicznej dla jego producenta. Zakaz reklamowania nowo odkrytych zastosowań leków negatywnie odbija się na wymianie informacji i w ostateczności na leczeniu pacjentów.[400] Gdyby producent chciał poinformować o nowym zastosowaniu leku musiałby przejść przez kosztowny proces zatwierdzania jego nowego zastosowania. Niewątpliwie, odkrycie nowego zastosowania leku dokonywane jest niższym kosztem niż jego produkcja od podstaw, co daje oszczędność czasu i pieniędzy.

Ograniczenia w reklamie odbijają się negatywnie na zdrowiu pacjentów. Jako dobry przykład może posłużyć aspiryna, która jest wykorzystywana jako lek przeciwbólowy lub przeciwgorączkowy. Jak się okazało, zażywanie aspiryny zmniejsza również prawdopodobieństwo zawału serca. Jednak, w 1988 r., Frank Young, ówczesny komisarz FDA na specjalnym zebraniu zabronił jej producentom informowania o jej nowo odkrytych właściwościach, w przeciwnym wypadku agencja skieruje sprawę do sądu. Co ciekawe, FDA nie wydała żadnego oficjalnego rozporządzenia w tej sprawie oraz *de facto*, działała bezprawnie tzn. przeciw zapisom I Poprawki do Konstytucji Stanów Zjednoczonych Ameryki, która zakazuje między innymi ograniczania wolności słowa. Pomimo tego żaden producent nie wyraził sprzeciwu z obawy przed możliwymi niekorzystnymi działaniami jakie FDA mogła podjąć przeciw nim na innych polach. Prawdopodobnie zdecydowane działania FDA były spowodowane tym, że u niektórych osób zażywanie aspiryny może prowadzić do nieznacznie zwiększonego prawdopodobieństwa udaru mózgu. Nie jest to jednak duża grupa w przeciwieństwie do grupy osób zagrożonych wystąpieniem zawału serca. Skutkiem tego typu działań jest nadmierna liczna zgonów, których relatywnie tanim kosztem można by uniknąć. Firmy farmaceutyczne nie decydują się także na przejście kosztownego procesu zatwierdzenia aspiryny jako leku na serce z uwagi na fakt, że aspiryna nie jest objęta ochroną patentową. Oprócz reklam, regulacjom podlegają również różne inicjatywy firm farmaceutycznych skierowane do lekarzy. Np. niedozwolone jest wysyłanie do lekarzy przedruków artykułów naukowych na temat nowych zastosowań leków.[401]

Skutkiem tego typu działań jest spowolnienie procesu przepływu informacji od

---

[400] P. H. Rubin, *FDA Advertising Restrictions: Ignorance Is Death*, w: R. Higgs (red.), *Hazardous to Our Health? FDA regulation of health care products*, The Independent Institute, USA 1995, s. 31.

[401] Ibidem, s. 28-30.

producentów leków do lekarzy i pacjentów. Pomimo tego wielu Amerykanów jest przekonanych o ważnej roli FDA. Przykładowo, wg sondażu przeprowadzonego przez Kaiser Family Foundation wynika, że prawie 90% ankietowanych uważa, że FDA powinna sprawdzać reklamy leków na receptę przed ich emisją (czego obecnie nie robi), aby upewnić się, że są jasne i dokładne. Ponadto, około 43% badanych stwierdziło, że powinno być więcej regulacji rządowych, aby mieć pewność, że reklamy leków są dokładne i nie wprowadzają w błąd, 45% uważa, że rząd robi już wystarczająco dużo w tej kwestii, a 7% stwierdziło, że zaangażowanie rządu jest zbyt duże.[402]

Działania FDA w kwestii przekazywania informacji mediom

Ograniczenia w przepływie informacji obejmują także media. Jak się okazało, kilka lat temu FDA próbowało wpływać na przekaz medialny poprzez stosowanie rozszerzonego embarga informacyjnego. Zwykłe embargo informacyjne zabrania publikacji informacji udostępnianych przez jedną ze stron (np. FDA) drugiej stronie (np. dziennikarzom) przed upływem określnego czasu. Z kolei rozszerzone embargo dodatkowo nakłada na drugą stronę zakaz kontaktu ze źródłami zewnętrznymi (np. ekspertami w danej dziedzinie), co znacząco utrudnia weryfikację i interpretację otrzymywanych informacji. Jak twierdzi Charles Seife:

(…) *FDA zapewnia opinię publiczną, że jest przywiązana do przejrzystości, ale dokumenty pokazują, że prywatnie agencja odmawia dostępu wielu reporterom – w tym z głównych serwisów, takich jak Fox News – a nawet oszukuje ich półprawdami, by osłabić ich pogoń za historią. Jednocześnie FDA utrzymuje kontakty z grupą dziennikarzy, którą trzyma w ryzach. Agencja sprawiła, że praktyką jest całkowita kontrola nad tym, z kim reporterzy mogą i nie mogą rozmawiać, dopóki wiadomości nie zostaną opublikowane, głucha na protesty stowarzyszeń dziennikarskich i etyków medialnych oraz z naruszeniem własnych zasad.*

Po raz pierwszy opublikowana w Internecie w czerwcu 2011 r., nowa polityka medialna FDA oficjalnie zniosła ścisłe embargo: „Dziennikarz może udostępniać materiały objęte embargiem dostarczone przez FDA nie dziennikarzom lub stronom trzecim w celu uzyskania cytatów lub opinii przed zniesieniem embarga, pod warunkiem, że reporter zapewnia zgodę strony trzeciej na utrzymanie embarga.” Należyta

[402] S. Luthra, *Poll: Majority Of Americans Agree That The FDA Should Review Drug Ads Before They Air*, 28.10.2015, https://khn.org/news/poll-majority-of-americans-agree-that-the-fda-should-review-drug-ads-before-they-air/ (dostęp: 30.08.2019).

staranność zawsze będzie zachowana, przynajmniej w FDA. (...)

FDA po cichu organizowała także ścisłe odprawy z embargiem, choć oficjalna polityka medialna tego zabrania. Bez informatora chętnego do rozmowy nie jest pewne, kiedy i dlaczego FDA zaczęła naruszać własne zasady. Jednak dokument ze stycznia 2014 r. opisuje strategię FDA dotyczącą uzyskania przekazu medialnego na temat nowej kampanii reklamowej o zdrowiu publicznym. Przedstawia ona plan zorganizowania przez agencję „odprawy medialnej dla wybranych reporterów najwyższej klasy, którzy będą mieli duży wpływ na relację medialną i opinię publiczną na temat kampanii. Media uczestniczące w odprawie zostaną pouczone, że istnieje ścisłe embargo, które nie pozwala na kontakt z osobami spoza FDA w celu komentowania kampanii.[403]

Regulacje obejmujące urządzenia medyczne

Działalność FDA nie obejmuje tylko rynku leków czy reklamy. Od 1976 r., kiedy zostało uchwalone nowe prawo dotyczące urządzeń medycznych (Medical Device Amendments), FDA silniej oddziaływuje na produkcję wyrobów niebędących lekami, ale skutki rozszerzania władzy FDA w tym obszarze były podobne do tych jakich doświadcza przemysł farmaceutyczny. Jak stwierdza Robert Higgs:

Ustawy nadające uprawnienia, które stanowią podstawę przepisów FDA dotyczących urządzeń, są zasadniczo wprowadzające w błąd. Opierają się na paternalistycznym fundamencie, który jest niezgodny z maksymalizacją dobrobytu konsumentów i ochroną wolnego społeczeństwa. Odzwierciedlają również naiwną wiarę w centralne planowanie, które pozostaje w sprzeczności z całym doświadczeniem, umożliwiając FDA działanie jako biuro polityczne dla branży, w której 13 000 firm produkuje ponad 6000 heterogenicznych produktów w obiektach rozsianych po Stanach Zjednoczonych i na całym świecie. Nic dziwnego, że proste kategorie prawne i uniwersalne reguły powodują dezorientację tylko dla tych, którzy ponoszą ciężar. Zmieniona ustawa FDC przyznaje FDA szeroką i niejasno sformułowaną swobodę podejmowania decyzji. Teoria wyboru publicznego każe nam oczekiwać, że agencja regulacyjna dysponująca taką swobodą wykorzysta ją do promowania interesów urzędników państwowych, a nie interesu publicznego. Dowody wskazują dość wyraźnie, że przebieg regulacji urządzeń wynikał z osobistych i politycznych motywów zarówno nadzorców kongresowych, jak i urzędników FDA, ponieważ starali się nadal sprawować urząd i wzmocnić swoją władzę i dodatkowe korzyści, reagując na szokujące odkrycia sensacyjnych, niekompetentnych i nieodpowiedzialnych mediów, a tym samym sprawiając, że usłużne media stają się rzecznikami ich propagandy.[404]

---

[403] C. Seife, *How the FDA Manipulates the Media*, 01.10.2016, https://www.scientificamerican.com/article/how-the-fda-manipulates-the-media/ (dostęp: 30.08.2019).

[404] R. Higgs, *FDA Regulation of Medical Devices*, w: R. Higgs (red.), *Hazardous to Our Health? FDA*

Podsumowanie

Ewolucja interwencjonizmu poprzez stopniowe rozszerzanie uprawnień FDA przyniosła skutki odmienne od zamierzonych na wielu polach aktywności agencji. Historia pokazuje, że instytucja ta zawsze była zainteresowana poszerzaniem jej uprawnień mimo obierania nierealistycznych celów i prawdopodobnie dalej będzie zabiegać przynajmniej o zachowanie *statusu quo*. Sam Peltzman dosyć pesymistycznie stwierdził:

Doszedłem do wniosku, że wymóg udowodnienia skuteczności był katastrofą dla zdrowia publicznego, powodując znacznie więcej chorób i zgonów, niż im zapobiegając. Nic, co widziałem od tego czasu, nie skłoniło mnie do zmiany tego wniosku – katastrofa trwa.[405]

Defensywna postawa FDA na przestrzeni ostatnich dekad tylko się rozwijała ze szkodą dla milionów Amerykanów. Co ciekawe, niedawne słowa jej byłego Komisarza – Scotta Gollieba – sugerują dalsze brnięcie FDA w ślepy zaułek regulacji. Gotllieb zasugerował, że Kongres powinien wprowadzić nowy wymóg dotyczący zatwierdzania opioidów. Dodał również, że nowe opioidy powinny wykazywać wyższość nad tymi już dostępnymi na rynku.[406] Choć wydaje się to rudne do wyobrażenia, realizacja tych planów oznaczałaby przyznanie jeszcze większych uprawnień FDA, zwiększenie arbitralności ustalanych zasad i decyzji, dalszy wzrost kosztów oraz czasu wprowadzania leków na rynek i spadek innowacyjności. Słowa te doskonale świadczą, że dla FDA jedyną alternatywą jest konsekwentne rozszerzanie jej uprawnień. Jest to nic innego jak zapowiedź bardzo silnej interwencji, która swoimi przyszłymi fatalnymi konsekwencjami prawdopodobnie mogłaby *konkurować* jedynie z Poprawkami z 1962 r.

Propozycja Gotllieba dobrze oddaje trafne spostrzeżenia Misesa co do dynamicznej natury interwencjonizmu. Od 1938 r. FDA wymagała dowodu na bezpieczeństwo wprowadzanego leku oraz miała 6 miesięcy na jego zatwierdzenie. W 1962 r. Poprawki Kefauvera–Harrisa wprowadziły już dodatkowy wymóg

---

regulation of health care products, The Independent Institute, USA 1995, s. 66.

[405] S. Peltzman, *Regulation and the Natural Progres of Opulence*, Aei Press, USA 2005, s. 15.

[406] H. Miller, *The FDA's Bad Medicine*, 22.05.2019, https://www.pacificresearch.org/the-fdas-bad-medicine/ (dostęp: 30.08.2019).

udowodnienia skuteczności nowego leku oraz zlikwidowały czasowy limit jego zatwierdzenia przez Agencję. Z kolei ostatnie propozycje dotyczące opioidów oznaczałyby, że taki produkt w zasadzie musiałby być bardziej skuteczny od produktów konkurencji. Pomijając kwestie niejednakowego wpływu leków na pacjentów doprowadziłoby to dalszego ograniczania konkurencji, co (po raz kolejny) byłoby efektem odwrotnym od zakładanego.

W pewnym sensie coraz szerszy zakres interwencjonizmu *koresponduje* z ewolucją tej problematyki wśród ekonomistów austriackich. Przykładowo, Mises zaczynał od analizy pojedynczych aktów interwencji obejmujących np. system cen oraz rachunek zysków i strat. Następnie Rothbard stworzył spójną definicję oraz klasyfikację różnych interwencji dzięki czemu możliwe stało się ich odniesienie w zasadzie do każdego aspektu gospodarki. Z kolei Huerta De Soto zwrócił uwagę na fakt, że dla badaczy zajmujących się teorią przedsiębiorczości pomiędzy interwencjonizmem a socjalizmem nie ma istotniejszych jakościowych różnic. W kontekście ograniczeń przedsiębiorczości interwencjonizm można bowiem uznać za mniej rozwiniętą formę socjalizmu.[407] Należy przy tym podkreślić, że z ekonomicznego punktu widzenia nie da się ustanowić trwałych czy statycznych granic pomiędzy interwencjonizmem a rynkiem, gdyż ten pierwszy musiałby realizować założone przez swoich zwolenników cele, a to nie jest możliwe. Nieskuteczność poprzednich interwencji prowadzi więc do kolejnych co dobrze widać m. in. na przykładzie regulowania procesu wprowadzania leków na rynek przez FDA.

Podsumowując powyższe rozważania można stwierdzić, że wiele milionów Amerykanów zmarło lub cierpi z powodu ekstremalnie asekuracyjnej postawy FDA z kilku głównych powodów:

- FDA w ogóle nie zatwierdza leków[408], które mogą ratować życie i zdrowie
- FDA zbyt późno zatwierdza leki, które mogą ratować życie i zdrowie
- FDA zwiększa koszty zatwierdzania leków, które mogą ratować życie i zdrowie
- FDA ogranicza konkurencję i innowacyjność, co wpływa na zmniejszenie liczby

[407] J. Huerta De Soto, *Socjalizm, rachunek ekonomiczny i funkcja przedsiębiorcza*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 105.

[408] Dotyczy to także urządzeń medycznych i innych wyrobów medycznych.

leków, które mogą ratować życie i zdrowie

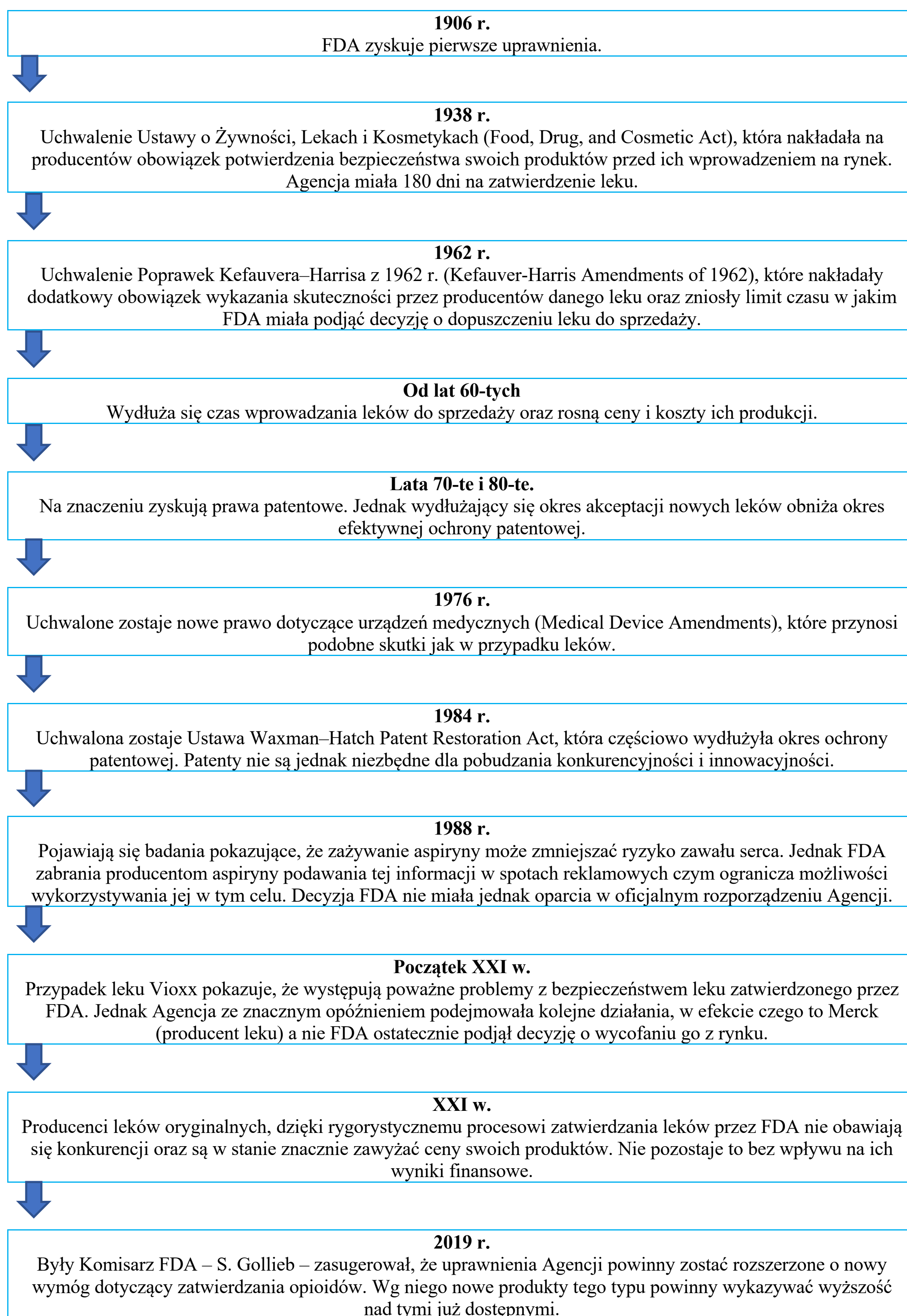
- FDA ogranicza treści reklamowe, czyli informacje na temat leków, które mogą ratować życie i zdrowie.

Wg obliczeń Mary J. Ruwart same opóźnienia spowodowane wejściem w życie Poprawek z 1962 r. doprowadziły do śmierci 15 mln Amerykanów do 2009 r. To 10 razy więcej niż liczba Amerykanów, którzy zginęli we wszystkich wojnach między powstaniem USA 2017 rokiem.[409] Chociaż te szacunki mogą być poddane krytyce, to ich niewątpliwą zaletą jest to, że zwracają one uwagę opinii publicznej na najwyższy koszt jaki może ponieść człowiek, czyli ludzkie życie. Drogą do poprawy tej sytuacji jest stopniowe odbieranie uprawnień FDA na rzecz zdecentralizowanych i konkurujących ze sobą instytucji rynkowych.

Wybrane interwencje i uprawnienia przyznane FDA oraz niektóre ich konsekwencje przedstawia rysunek 18.

[409] M. J. Ruwart, *Death by Regulation. How We Were Robbed of a Golden Age of Health and How We Can Reclaim It*, Sunstar Press and Liberty International, Kalamazoo, San Francisco 2018, s. 49.

Rysunek 18. Kluczowe interwencje FDA oraz ich skutki



Źródło: Opracowanie własne.

3.4. Ubezpieczenia społeczne

Rozwój instytucji rynkowych przed wprowadzeniem programów rządowych

Do tej pory uwaga poświęcona była interwencjom obejmujących głównie stronę podażową. W różnych odstępach czasu pojawiały się także interwencje wpływające istotnie na czynniki popytowe. Chociaż w Stanach Zjednoczonych pierwsze programy publiczne zaliczane do ubezpieczeń społecznych wprowadzono w 1935 r. w postaci Ustawy o Zabezpieczeniu Społecznym (Social Security Act – SSA), to opiekę zdrowotną częściowo i bezpośrednio zapewnianą przez państwo stworzono dopiero w latach 1964–1965 w postaci programów Medicare oraz Medicaid.[410] Wcześniejsze próby utworzenia obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych (Mandatory Health Insurance – MHI) na wzór państw europejskich kończyły się niepowodzeniem.

Utworzenie tych dwóch programów miało znaczący wpływ na obecną strukturę finansowania dostępu do opieki zdrowotnej w USA w której do dzisiaj dominuje tzw. *trzecia strona* (ang. third–party payer), czyli podmiot (instytucja) pokrywająca za konsumenta większość wydatków na opiekę medyczną. Kiedy konsument ponosi większość lub całe koszty zakupu określonych dóbr oraz usług stara się postępować w sposób racjonalny, aby nie ponosić niepotrzebnych strat. Z kolei, jeśli jest to jedynie ułamek kosztów, to jego tzw. *wrażliwość cenowa* oraz racjonalność konsumowania takich usług zostaje zachwiana.

Jednak przed wprowadzeniem tych dwóch programów w USA istniało i sprawnie funkcjonowało wiele instytucji rynkowych zapewniającym osobom ubogim i potrzebującym dostęp do wielu usług – w tym medycznych. Na przełomie XIX i XX w. wśród klasy robotniczej najbardziej popularne były stowarzyszenia braterskie (fraternal societies), które były instytucjami pomocy wzajemnej. Wówczas, wśród tej klasy społecznej, typowe ubezpieczenia zdrowotne nie były powszechne, co nie oznacza, że część społeczeństwa była pozbawiona opieki medycznej. Do 1920 ponad 25% dorosłych Amerykanów była członkami tych instytucji. Członkowie stowarzyszeń, w zamian

[410] Medicare finansuje dostęp do opieki zdrowotnej osobom, które ukończyły 65 rok życia. Z kolei Medicaid odpowiada za finansowanie takiego dostępu osobom ubogim. W tej części najwięcej uwagi zostanie poświęcone właśnie tym dwóm programom między innymi z uwagi na znaczne koszty jakie generują.

za miesięczne opłaty, mieli dostęp do wielu usług jakie one oferowały, a do najbardziej popularnych należały: wypłata świadczeń rodzinie na skutek śmierci członka lub wystąpienia u niego niepełnosprawności czy tzw. *praktyki lożowe*, które polegały na zawieraniu umów pomiędzy stowarzyszeniami a lekarzami. Lekarz, w zamian za z góry ustalone wynagrodzenie (zamiast opłaty za wizytę), świadczył swoje usługi członkom stowarzyszenia lub ich rodzinom. Umowy były przedłużane, jeśli jakość świadczonych usług była zadowalająca. Koszt tych usług był relatywnie niski i wynosił średnio około 1-2 USD za każdego członka rocznie – tyle co koszt za wizytę na indywidualnym rynku. 1-2 USD odpowiadało także dziennemu wynagrodzeniu za pracę. Tak niski koszt był efektem dwóch głównych czynników. Po pierwsze, lekarze konkurowali między sobą o kontrakty ze stowarzyszeniami, gdyż te dawały im stabilność dochodów. Po drugie, członkowie stowarzyszeń pilnowali siebie nawzajem minimalizując zjawisko pokusy nadużycia co pozwalało utrzymać składki na relatywnie niskim poziomie.[411]

Ponadto, oprócz stowarzyszeń braterskich, rozwijały się tzw. *praktyki grupowe* zrzeszające lekarzy w jednej instytucji. Część z lekarzy wnosząca kapitał stawała się właścicielami takich instytucji. Jako przykład można podać klinikę Mayo. Instytucje te oferowały wysoki standard specjalistycznych usług, ale konkurencja i odpowiednie zarządzanie utrzymywały ceny na relatywnie niskim poziomie. Spotkało się to zresztą z dezaprobatą części lekarzy narzekających, że działalność instytucji takich jak klinika Mayo prowadzi do zaniżania cen.[412] Dlatego AMA utrudniała lekarzom zakładanie tego typu instytucji.

AMA podejmowała również zdecydowane działania wobec lekarzy współpracujących ze stowarzyszeniami braterskimi, grożąc im wykluczeniem ze swoich struktur. Była to jedna z przyczyn upadku stowarzyszeń braterskich. Dodatkowo, ograniczona podaż lekarzy wpływała na wzrost cen, co czyniło *praktyki lożowe* mniej atrakcyjnymi finansowo dla ich członków. Istotne były również działania National Fraternal Congress, związku stowarzyszeń braterskich, który lobbował za wprowadzeniem minimalnej składki. Wszystkie te działania doprowadziły do

---

[411] P. Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, USA 1982, s. 206-209; R. T. Long, *How Government Solved the Health Care Crisis*, brak daty, http://freenation.org/a/f12l3.html (dostęp: 17.09.2019).

[412] P. Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, USA 1982, s. 213.

mniejszej konkurencyjności tych instytucji i stopniowej marginalizacji ich roli w finansowaniu dostępu do usług medycznych w USA.[413]

Pewną *rolę* w tym procesie odegrały również prywatne ubezpieczenia zdrowotne, które zaczęły cieszyć się coraz większym zainteresowaniem ze strony części członków stowarzyszeń. Młodsi członkowie przystępowali do stowarzyszeń głównie z uwagi na możliwość otrzymania zasiłku chorobowego. Ze względu na swój wiek, nie posiadając starszych pracujących dzieci, nie mieli możliwości przystąpienia do ich ubezpieczenia zdrowotnego (w wariancie rodzinnym). Początkowo nie posiadali również wystarczających oszczędności, które pozwoliłyby im na sfinansowanie wydatków zdrowotnych w przyszłości (np. na skutek niepełnosprawności). Na początku XX w. utrata dochodów głównego żywiciela rodziny była głównym ryzykiem dla calej rodziny. Dlatego przystąpienie do stowarzyszeń braterskich miało wiele korzyści. W momencie, kiedy oszczędności młodszych członków zaczęły rosnąć oraz na skutek podejmowania pracy przez ich dzieci alternatywy w postaci samo-ubezpieczenia lub ubezpieczenia rodzinnego stawały się bardziej atrakcyjne – z uwagi na niższe koszty transakcyjne czy środki finansowe zatrzymywane w rodzinie. W związku z tym część członków zaczęła rezygnować z uczestnictwa w *praktykach lożowych*. Nie doprowadziło to jednak do zaniku samych stowarzyszeń, gdyż zasiłki chorobowe czy inne usługi medyczne oferowane za ich pośrednictwem były jedynie częścią benefitów jakie oferowano ich członkom. Inni członkowie bardziej przywiązywali wagę do czynników społeczno-kulturowych jak np. chęć przynależności do danej wspólnoty.[414] Przykład ten pokazuje także, że mnogość oraz wymienność rozwiązań rynkowych, w zakresie finansowania dostępu do usług zdrowotnych, korzystnie wpływa na zaspokajanie ważnych potrzeb społecznych.

Innym ważnym czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju instytucji rynkowych była rosnąca produktywność amerykańskich robotników, która skutkowała wyższymi płacami oraz oszczędnościami. Relatywnie wysokie dochody oraz oszczędności wg. Johna C. Herberta Emery'ego były główną przyczyną odrzucenia pomysłu

[413] R. T. Long, *How Government Solved the Health Care Crisis*, brak daty, http://freenation.org/a/f12l3.html (dostęp: 17.09.2019).

[414] G. Emery, J. C. Herbert Emery, *A Young Man's Benefit. The Independent Order of Odd Fellows and Sickness Insurance in the United States and Canada, 1860-1929*, McGill-Queen's University Press, Kanada 1999, s. 4, 103, 115-116.

wprowadzenia obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych (ang. Mandatory Health Insurance – MHI) w USA na początku XX w. Wg badacza to nie brak świadomości amerykańskich robotników czy przedstawianie koncepcji obowiązkowego ubezpieczenia jako sprzecznego z amerykańskimi wartościami stał za jej niepowodzeniem, ale właśnie relatywnie wysokie płace i rosnące oszczędności. Przykładowo, typowe amerykańskie wartości nie przyczyniły się do zatrzymania planów wprowadzenia Ustawy o Zabezpieczeniu Społecznym z 1935 r. Ponadto, Emery wskazuje, że stany, w których stopy oszczędnościowe były niższe popierały wprowadzenie MHI w przeciwieństwie do stanów, gdzie stopy te były wyższe.[415]

Oprócz czynników ekonomicznych w wyjaśnianiu odrzucenia MHI należy pamiętać o roli AMA, która sprzeciwiała się temu pomysłowi i podejmowała szereg inicjatyw mających doprowadzić do odrzucenia tych planów. Przeszkoda instytucjonalna jaką była AMA sprawiła, że zaczęto rozważać rozwiązania mniej ambitne, ale mające większą szansę na powodzenie. Do takich rozwiązań należy zaliczyć pomysł utworzenia programu nieformalnie nazwanego *federalnym ubezpieczeniem szpitalnym*, który obejmowałby osoby starsze (powyżej 65 roku życia). W 1952 r. Prezydent Harry Truman powołał komisję, która opublikowała raport zalecający wprowadzenie mniej ambitnego programu, który byłby finansowany ze środków federalnych i administrowany przez władze stanowe. Wytyczne zawarte w raporcie stały się później podstawą dla programu Medicare podpisanego przez Prezydenta Lyndona Johnsona w 1965 r.[416]

Przyczyny uchwalenia Medicare i Medicaid

Wprowadzenie Medicare nie wynikało tylko i wyłącznie z politycznej woli utworzenia takiego programu, ale było także konsekwencją wcześniejszych interwencji obejmujących procesy rynkowe. Oprócz prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych czy stowarzyszeń braterskich, od końca lat 30-tych XX w., rozwijały się alternatywy w postaci

---

[415] J. C. Herbert Emery, *America's Rejection of Government Health Insurance in the Progressive Era: Implications for Understanding the Determinants and Achievements of Public Insurance of Health Risks*, w: B. Harris (red.), *Welfare and Old Age in Europe and North America*, Routledge, Londyn, Nowy Jork 2012, s. 121-136.

[416] K. Doherty, J. A. Jenkins, *Examining a Failed Moment: National Health Care, the AMA, and the U.S. Congress, 1948-50*, opracowanie przygotowane na prezentację podczas: „2009 Annual Meeting of the Southern Political Science Association", Nowy Orlean, s. 19-20.

Blues Shield/ Blue Cross. W przypadku ubezpieczeń komercyjnych bazujących na ocenie ryzyka występowały określone procedury obejmujące wypłaty świadczeń czy długość pobytu w szpitalu. Regulacje te dotyczyły także lekarzy, którzy sprzeciwiając się tego typu praktykom zaczęli tworzyć swoje własne plany ubezpieczeniowe (Blue Shield), gdzie nie występował tak silny nadzór nad ich działalnością. Równolegle, w 1939 r., z inicjatywy Amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitalnego (American Hospital Association – AHA), powstały inne plany ubezpieczeniowe (Blue Cross) finansujące ubezpieczonym pobyt w szpitalu. Blue Shield i Blue Cross (potocznie zwane także Bluesami) miały stanowić alternatywę dla tradycyjnych ubezpieczeń komercyjnych, które zdaniem wielu lekarzy w pewnym stopniu ograniczały pacjentom dostęp do usług medycznych. Jednak, jak wykazano w rozdziale 1, ograniczenia stosowane przez ubezpieczycieli mają na celu utrzymanie składek na odpowiednim poziomie, co gwarantuje stabilność programu ubezpieczeniowego. Ponadto, nie wszystkie procedury medyczne mogą zostać objęte ubezpieczeniem zdrowotnym. W celu umocnienia swojej pozycji na rynku Bluesy zabiegały o wsparcie rządów stanowych. Wysiłki te przyniosły skutek i instytucje te, w przeciwieństwie do swoich konkurentów, zaczęły otrzymywać wiele przywilejów jak zwolnienie z podatków płaconych od pozyskiwanych składek czy niższe wymagania co do utrzymywania rezerw na pokrycie swoich zobowiązań. Kluczowe w tej kwestii jest to, że w zamian za te przywileje władze stanowe wymagały stosowania kalkulacji składek opartej nie na ryzyku ubezpieczeniowym, ale na podstawie jednolitych kryteriów dla wszystkich ubezpieczonych (ang. community rating), co jak się później okazało miało bardzo daleko idące konsekwencje. Wsparcie rządów stanowych przyczyniło się do rosnącej popularności tych planów zdrowotnych mylnie utożsamianych z ubezpieczeniami. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na wzrost ich popularności była niepewność jaka przyszła wraz z okresem Wielkiego Kryzysu oraz wsparcie AMA. Dzięki tym rozwiązaniom lekarze mogli liczyć na stabilne zatrudnienie oraz wynagrodzenia, a ich klienci na programy konkurencyjne cenowo i o szerszym zakresie niż ubezpieczenia. Czynniki te doprowadziły do osiągnięcia przez Blue Shield/ Blue Cross dominującej pozycji w branży. W 1950 r. Blue Shield posiadał 52% rynku standardowych ubezpieczeń medycznych, a Blue Cross 49% rynku ubezpieczeń szpitalnych. Instytucje te połączyły się w 1982 r.

i na początku XXI w. obejmowały jednego na trzech Amerykanów.[417]

Chociaż Blue Shield i Blue Cross określa się mianem ubezpieczeń, to zasady na jakich te instytucje funkcjonują daleko odbiegają od tych stosowanych przez prawdziwych ubezpieczycieli. Jak wskazuje Steinreich pomiędzy nimi można wskazać cztery istotne różnice:

1. Szpitalom płacono, stosując zasadę rozsądnej marży. Ubezpieczycielom przekazywano nie sumę kosztów, którymi obciążono pacjentów za dane usługi, ale sumę, która nie musiała mieć z nimi bezpośredniego związku.

2. Ubezpieczanie nawet rutynowych zabiegów. Był to koniec prawdziwych ubezpieczeń. To, co powstało w zamian, to już właściwie nie ubezpieczenie, ale przedpłacona konsumpcja, która zachęcała do nadużywania usług medycznych.

3. Składki ubezpieczeniowe wyliczane na podstawie „ratingu społecznościowego". Słowo „społecznościowy" oznaczało, że każda osoba na jakimś konkretnym obszarze geograficznym, bez względu na swój wiek, zwyczaje życiowe, zawód, rasę czy płeć płaciła taką samą cenę. Na przykład sześćdziesięciolatek, średnio, powinien ponosić czterokrotnie wyższe koszty niż dwudziestopięciolatek, ale przy obowiązywaniu ratingu społecznościowego obaj płacili tyle samo, co oznaczało, że młodzi ludzie płacili zbyt duże kwoty, a starzy zbyt niskie.

4. System repartycyjny. Inaczej niż w przypadku efektywnego typu ubezpieczenia szpitalnego, w ramach którego gromadzi się składki w rosnących rezerwach, tak aby można było bez problemu wypłacać z nich środki, w „ubezpieczeniach" tworzonych przez Bluesy pobierano składki, które mogły pokryć tylko spodziewane koszty generowane przez ubezpieczonych w ciągu jednego roku. Więc jeśli w ciągu kilku lat zachorowałaby duża grupa ubezpieczonych, to aby pokryć wzrost kosztów, trzeba by było podnieść składki wszystkich ubezpieczonych.[418]

Ubezpieczyciele, chcąc przynajmniej częściowo, nawiązać rywalizację z Bluesami musieli upodobnić swoją ofertę oraz poszukać możliwości legislacyjnego wsparcia. Dobrą okazją ku temu było zamrożenie płac w USA podczas II Wojny Światowej. Przedsiębiorstwa nie mogąc zaproponować pracownikom wyższych wynagrodzeń zaczęły oferować im ubezpieczenia zdrowotne jako pozapłacowe świadczenia pracownicze, których regulacje nie obejmowały. Składka jaką płacili pracownicy dawała

---

[417] D. McGuff, R. P. Murphy, *The Primal Prescription*. Primal Blueprint Publishing, USA 2015, s. 20-21; D. Steinreich, *Real Medical Freedom*, 24.08.2004, https://mises.org/library/real-medical-freedom (dostęp: 18.09.2019).

[418] D. Steinreich, *Real Medical Freedom*, 24.08.2004, https://mises.org/library/real-medical-freedom (dostęp: 18.09.2019).

możliwość odliczenia od podstawy opodatkowania.[419] Ogólne rzecz ujmując, czynniki te spowodowały, że coraz więcej Amerykanów uzyskiwało dostęp do usług medycznych poprzez pracownicze ubezpieczenia zdrowotne oraz Bluesy.

Jednak zasady, na których one funkcjonowały te drugie plany zdrowotne znacząco odbiegały od działalności ubezpieczycieli. Jednakowa składka, w miarę starzenia się ubezpieczonych, zaczęła prowadzić do wzrostu kosztów, co stanowiło coraz większy problem dla tych instytucji oraz młodszych członków/ubezpieczonych co groziło odejściem części z nich.[420] Postanowiono rozwiązać ten problem nie poprzez zniesienie wcześniejszych regulacji, ale poprzez wprowadzenie kolejnych. Część ubezpieczonych (65 lat i starsi) miała przejść do ubezpieczeń rządowych, czyli programu Medicare. Było korzystne dla Bluesów, gdyż (na koszt podatnika) pozbywali się ubezpieczonych generujących najwyższe i stale rosnące koszty. Z kolei dla polityków była to dobra okazja do pokazania, że rząd zajął się *problemem*. Dodatkową zachętą, po wielu latach starań, była możliwość wprowadzenia w życie rządowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Problemy z jakimi musiały zmierzyć się prywatne instytucje nie wynikały z zawodności rynku, ale z wcześniejszych interwencji rządu w ich sferę działalności. Chociaż, początkowo, te interwencje mogły wydawać się mało istotne i bardzo korzystne dla obydwu stron, to z czasem stały się one przyczyną poważnych problemów. Instytucje rynkowe nie w pełni konkurowały o klientów metodami charakterystycznymi dla gospodarki rynkowej, ale poprzez otrzymywanie przywilejów od państwa. Doprowadziło to do sytuacji, w której instytucje te zaczęły coraz bardziej przypominać programy redystrybucji dochodów pomiędzy młodszymi a starszymi ubezpieczonymi, czyli rozwiązania charakterystyczne dla publicznych systemów ochrony zdrowia. W warunkach nieskrępowanej gospodarki rynkowej osoby starsze mogłyby skorzystać z wielu alternatywnych rozwiązań jak np.: z zebranych wcześniej oszczędności, wsparcia rodziny, działalności charytatywnej prowadzonej przez ogromną liczbę instytucji non-profit. Także Bluesy bez wsparcia rządowego byłyby zmuszone do bardziej efektywniejszego zarządzania swoją działalnością. Procesy konkurencji pomiędzy nimi, ubezpieczycielami, stowarzyszeniami braterskimi, instytucjami organizującymi *praktyki grupowe* czy innymi organizacjami charytatywnymi stworzyłyby oddolną *sieć*

[419] Więcej na ten temat zob. podrozdział 3.6.
[420] Jest to tzw. *spirala przystępności*, która dokładniej zostanie omówiona w rozdziale 4.

bezpieczeństwa, w której część ekonomicznego wkładu osób starszych w gospodarkę zostałaby odpowiednio wykorzystana pod kątem ich przyszłych potrzeb zdrowotnych. W takich uwarunkowaniach rosnące potrzeby osób starszych nie byłyby kosztem i problemem jakim obecnie są dla ubezpieczeń rządowych, ale w pewnym sensie konsumpcją specyficznych dóbr pochodzących z ich wcześniejszych *inwestycji*. Zamiast tego zdecydowano się na odłożenie problemu w czasie, a w zasadzie na przerzucenie kosztów na resztę społeczeństwa. Główny problem polegał na tym, że program Medicare, tak jak Bluesy, funkcjonował w oparciu o cztery powyższe wytyczne, co po kilku dekadach doprowadziło do podobnych negatywnych skutków, które obejmują już cały kraj.

Charakterystyka Medicare

Rozwiązania na jakich się oparto tworząc program Medicare (i Medicaid) w trakcie dwóch pierwszych dekad jego funkcjonowania doprowadziły do poważnego kryzysu skutkującego kolejnymi interwencjami w latach 80-tych XX w. Aby lepiej zrozumieć problemy oraz obecny kształt tych programów należy po krótce przedstawić intencje jakie kierowały ich propagatorami. Pierwotnie zakładano, że zakres Medicare będzie obejmował jedynie ubezpieczenie szpitalne (Hospital Insurnace – HI – część A Medicare). Jednakże, Willbur Mills kierujący pracami nad wdrożeniem Medicare obawiał się, że zakres usług będzie zbyt skromny, co spowoduje społeczne niezadowolenie oraz presję na jego rozszerzenie. To z kolei doprowadziłoby do wzrostu podatków od wynagrodzeń (payroll taxes) z których miała być finansowana część A. Dlatego do programu dołączono zmodyfikowany alternatywny plan stworzony wcześniej przez Republikanów, który obecnie funkcjonuje jako uzupełniające ubezpieczenie medyczne (Suplementary Medical Insurance – SMI – nazywane także częścią B). Część B jest dobrowolna i finansowania z innych źródeł niż część A: składek beneficjentów oraz ze składek z ogólnego funduszu Departamentu Finansów. Szczególnie istotne jest to, że program Medicare miał być tylko przystankiem na drodze do stworzenia uniwersalnego ubezpieczenia zdrowotnego mającego z czasem objąć wszystkich Amerykanów. Chociaż kwestie te nie zostały oficjalnie podniesione w debacie poprzedzającej wprowadzenie Medicare, to takie intencje przyświecały jego twórcom.

Dla pomysłodawców Medicare, początkowa wersja programu obejmująca osoby starsze, była po prostu możliwa do wprowadzenia (realna z politycznego punktu widzenia), w przeciwieństwie do uniwersalnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wg ich założeń, z czasem, do Medicare miały zostać włączone kolejne grupy społeczne (dzieci, pracownicy itd.).[421] Mills, który obawiał się realizacji takiego scenariusza dodał więc propozycję dołączenia oddzielnego programu (Medicaid), który miał obejmować osoby o niższych dochodach. Mills, poprzez odrębne ubezpieczenie rządowe, chciał osłabić argumenty na rzecz rozszerzania Medicare w przyszłości. Zatem, projekt o ograniczonym zakresie jakim był początkowo Medicare (część A) rozszerzył się o część B oraz o odrębne ubezpieczenie Medicaid.[422]

Obecnie Medicare składa się z 4 części:

1. Część A obejmuje ubezpieczenie szpitalne zapewniające dostęp między innymi do usług szpitalnych, leczenia domowego czy pobytu w hospicjach. Część A jest finansowana głównie z obowiązkowego podatku od wynagrodzeń (Federal Insurance Contributions Act – FICA). Podatek wynosi 2,9% zarobków i jest opłacany przez pracownika oraz pracodawcę (po 1,45% przez każdą ze stron) oraz stanowi główne źródło finansowania części A (88% w 2018 r.). Podatnicy o wyższych dochodach (ponad 200.000 USD na osobę i 250.000 USD na parę) płacą wyższy podatek w wysokości 2,35%. Beneficjenci są także zobowiązaniu do pokrywania części kosztów.

2. Część B to dobrowolne ubezpieczenie medyczne pokrywające koszty usług ambulatoryjnych, które jest finansowane głównie z ogólnego funduszu Departamentu Finansów (72%) oraz ze składek beneficjentów (26%). Obecnie część B wraz z później utworzoną częścią D składają się na uzupełniające ubezpieczenie medyczne (SMI). Także w tym przypadku beneficjenci pokrywają część kosztów.

3. Część C zwana inaczej Medicare Advantage to alternatywna forma otrzymywania świadczeń w ramach Medicare. Standardowo, dostawcy świadczący beneficjentom usługi medyczne w ramach części A i B otrzymują zapłatę za każdą

[421] Nie ma zatem żadnego przypadku w powracających pomysłach utworzenia rządowego ubezpieczenia obejmującego wszystkich Amerykanów postulowanych pod hasłem *Medicare for all,* które są głoszone między innymi przez takich przedstawicieli demokratów jak Berni Sandres.

[422] T. Marmor, J. Oberlander, *Medicare at 50*, w: I. G. Cohen i in. (red.), *The Oxford Handbook of U.S. Health Law*, Oxford University Press, Nowy Jork 2016, s. 744-747.

wykonaną usługę (ang. fee for service). W ramach Medicare Advantage ubezpieczeni mogą wybrać inne formy świadczenia usług medycznych np. w postaci planów zintegrowanej opieki medycznej (Health Maintenance Organization – HMO) czy planów zintegrowanej opieki zdrowotnej (Preferred Provider Organization – PPO). Program Medicare Advantage (część C) nie jest osobno finansowany. Plany Medicare Advantage, takie jak HMO i PPO, obejmują świadczenia z części A, części B i (zazwyczaj) części D. Beneficjenci objęci planami Medicare Advantage płacą składkę z części B i mogą płacić dodatkową składkę, jeśli wymaga tego ich plan.

4. Osoby, które korzystają z części A lub B, za dodatkową składką, mogą także uczestniczyć w programie subsydiowanego dostępu do ubezpieczenia leków na receptę. Część D jest finansowana głównie z ogólnego funduszu Departamentu Finansów (71%) oraz ze składek beneficjentów (17%).[423]

Ewolucja płatności dostawcom usług medycznych przez Medicare

Źródeł problemów oraz negatywnych skutków do jakich doprowadził program Medicare należy doszukiwać się między innymi w sposobie jego finansowania. Program ten, jak zostało wcześniej wspomniane, funkcjonował w oparciu o 4 główne założenia, które znacząco odbiegały o standardów jakie stosowane były przez prawdziwe firmy ubezpieczeniowe.

Można wyróżnić kilka etapów ewolucji Medicare. Pierwszy etap przypada na okres od połowy lat 60-tych do połowy lat 80-tych XX w. W tym okresie Medicare finansował ubezpieczonym dostęp do usług medycznych na zasadzie tzw. *kosztu-plus* (ang. cost-plus). Wcześniej na tych zasadach funkcjonowały już Bluesy. System ten polegał na tym, że płatnik (Medicare) pokrywał koszty wszystkich usług jakie świadczyli dostawcy (np. szpitale) ubezpieczonym. Dla dostawców była to bardzo korzystna sytuacja, gdyż rachunek za każdą świadczoną usługę był pokrywany przez płatnika, a ubezpieczony pokrywał jedynie niewielką część kosztów. Natomiast środki jakimi

[423] S. Folland, A. C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Kraków 2011, s. 797-801, 986; J. Cubansky, T. Neuman, M. Freed, *The Facts on Medicare Spending and Financing*, 20.08.2019, https://www.kff.org/medicare/issue-brief/the-facts-on-medicare-spending-and-financing/ (dostęp: 19.09.2019).

dysponuje płatnik pochodzą w większości z podatków, a udział składek jakie opłacają ubezpieczeni jest relatywnie niewielki. Takie uwarunkowania prowadzą do tego, że żadna ze stron nie ma wystarczających ekonomicznych bodźców do kontroli kosztów ograniczonych zasobów. Dostawcy ustalali swoje koszty w oderwaniu od istniejących cen, gdyż to zwiększało ich zyski. Dodatkowo, lekarze nie byli ograniczani w ilości badań czy konsultacji jakie przeprowadzali, a ich ograniczenia wynikały bardziej z respektowania przysięgi Hipokratesa niż z kalkulacji ekonomicznej. Również pozyskiwanie nowych i kosztownych technologii nie stanowiło problemu, gdyż ostatecznie większość kosztów była pokrywana przez podatników. Można nawet stwierdzić, że było to opłacalne dla dostawców.[424]

Praktyka ta w pewnej części odpowiada także za to, że współcześnie powszechnie, ale mylnie, uważa się technologię za jedną z przyczyn wzrostu kosztów w opiece zdrowotnej. Coraz większa liczba osób posiadających takie ubezpieczenia przyczyniła się także do marginalizacji udziału płatności bezpośrednich w finansowaniu dostępu do usług medycznych. Dlatego taki system musiał doprowadzić do eskalacji kosztów w bardzo szybkim czasie. Jak wskazują Theodore Marmor i Jonathan Oberlander:

W pierwszym roku działania Medicare średni dzienny koszt pobytu w amerykańskich szpitalach wzrósł o bezprecedensowe 21,9 procent. Przez następne pięć lat średni składany procent wzrastania tych kosztów wyniósł 13 procent. Definicja „rozsądnych opłat" przyjęta przez Medicare utorowała drogę gwałtownym wzrostom opłat lekarskich. W trakcie jedenastu miesięcy od uchwalenia program Medicare do jego wejścia w życie stopa wzrostu opłat więcej niż się podwoiła, z 3,8 procenta w 1965 roku do 7,8 procenta w 1966 roku. Średnia składana stopa wzrostu opłat lekarskich utrzymywała się na wysokim poziomie 6,8 procenta przez następne pięć lat. W trakcie pięciu pełnych lat działania Medicare koszty programu wzrosły o 72 procent, z 4,6 miliarda dolarów w 1967 r. do 7,9 miliarda w 1971 r. W tym samym okresie liczba uczestników programu wzrosła tylko o 6 procent, z 19,5 milionów w 1967 r. do 20,7 milionów w 1971 r.[425]

[424] J. C. Goodman, G. L. Musgrave, *Patient power. Solving America's health care crisis*, Cato Institute, Waszyngton 1992, s. 21-23.

[425] T. Marmor, J. Oberlander, *Medicare at 50*, w: I. G. Cohen i in. (red.), *The Oxford Handbook of U.S. Health Law*, Oxford University Press, Nowy Jork 2016, s. 749-750.

Tak dynamicznie rosnące koszty spowodowały, że plany rozszerzania Medicare o kolejne grupy społeczne musiały zostać odłożone na później. Jednak, w następnych latach, koszty dalej rosły sprawiając, że Medicare angażowało coraz więcej środków podatników. Jak podaje Ronald Hamowy:

W 1970 roku rząd przewidywał, że ubezpieczenie szpitalne (HI), jako część programu Medicare, będzie kosztowało „zaledwie" 2,9 mld dolarów rocznie. W rzeczywistości pochłonęło 5,3 mld dolarów, co było niedoszacowaniem na poziomie 79 procent. W roku 1980 rząd prognozował koszty ubezpieczenia szpitalnego na 5,5 mld dolarów rocznie, a wyniosły one ponad cztery razy więcej — 25,6 mld dolarów. Eksplozja kosztów biurokracji spowodowała decyzje rządu o ustanowieniu dwudziestu trzech nowych podatków w przeciągu pierwszych 30 lat istnienia Medicare.[426]

Dane te pokazują, że w istocie, Medicare był i *de facto* nadal jest bardzo niestabilnym programem. Każdy prywatny podmiot, który tak bardzo przeszacowałby swój rachunek zysków i strat bardzo szybko zakończyłby działalność. Byłby to pozytywny sygnał rynkowy informujący społeczeństwo, że w niewłaściwy sposób wykorzystane zostały rzadkie zasoby. Jednak, w przypadku programu rządowego mechanizm zysków i strat nie występuje. Wzrost kosztów w pierwszych latach Medicare jest tym bardziej *niezwykły*, że do programu przystępowały osoby w wieku 65 lat i starsze oraz niepełnosprawni, a średnia długość życia w 1966 r. wynosiła nieco ponad 70 lat (66,7 dla mężczyzn oraz 73,8 dla kobiet), co oznacza, że wydłużająca się długość życia nie stanowiła wówczas takiego obciążenia dla finansów Medicare jak obecnie. Ponadto, rosnące koszty zaczęły dotykać także firmy ubezpieczeniowe czy indywidualnych nabywców, gdyż one również korzystały z usług oferowanych przez szpitale czy lekarzy – ten problem w następnych dekadach jedynie się nasilił. Po części, szybko rosnące koszty były także pokłosiem tego, że pomysłodawcy Medicare, we wczesnych latach jego wdrażania, nie byli skłonni do twardszych negocjacji z dostawcami co do kosztów świadczonych przez nich usług, gdyż zależało im na dobrej współpracy pomiędzy wszystkimi stronami. Przeciągające się negocjacje z dostawcami mogłyby zagrozić realizacji politycznych celów oraz startowi Medicare.[427]

---

[426] Więcej na ten temat zob. R. Hamowy, *The Genesis and Development of Medicare*, w: R. Feldman (red.), *American Health Care*, Independent Institute, USA 2000, s. 15-86.

[427] T. Marmor, J. Oberlander, *Medicare at 50*, w: I. G. Cohen i in. (red.), *The Oxford Handbook of U.S.*

Jednak, żaden program rządowy nie może lekceważyć praw ekonomii i także w tym przypadku kontrola kosztów była jedynie kwestią czasu. W 1983 r. zaprzestano płatności dostawcom na zasadzie kosztu-plus, a zaczęto stosować finansowanie leczenia w oparciu o tzw. *jednorodne grupy pacjentów* (Diagnostically Related Grouping – DRG). DRG jest systemem zwrotu kosztów w którym płatności są dokonywane na podstawie jednorodnych przypadków chorobowych. Takie grupowanie pacjentów miało także służyć standaryzacji usług medycznych oraz wywarciu wpływu na obniżkę kosztów wśród dostawców. Problem polegał jednak na tym, że rzeczywistość różniła się od założeń przyjętych w modelu DRG. Sądzono, że mimo różnic między pacjentami, można z powodzeniem zastosować u nich jednorodne metody leczenia, co było także środkiem do uzyskania bardziej racjonalnych wydatków. Sytuacja była jednak bardziej skomplikowana, a zwłaszcza wśród pacjentów z kilkoma schorzeniami. Przy tych działaniach nie uwzględniono także aspektów ekonomicznych. Dostawcy, których podaż w związku z poprzednimi interwencjami była sztucznie ograniczona, na skutek otrzymywania niższych wpływów niż poprzednio (z Medicare i Medicaid) stopniowo zaczęli przerzucać koszty na innych płatników (prywatni ubezpieczyciele) i ich klientów. Mogli to zrobić, gdyż nie obawiali się konkurencji. W efekcie, ograniczenia wydatków w ubezpieczeniach rządowych doprowadziły do wzrostu cen prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych czyniąc je mniej dostępnymi dla części Amerykanów. Do tego stanu rzeczy przyczyniła się błędna identyfikacja problemu, który, jak sądzono, polegał na nielimitowanym płaceniu dostawcom za każdą płaconą usługę, podczas gdy prawdziwym problemem było (i nadal jest) to, że dostawcy nie działali w warunkach rynkowych. Co więcej, nowe regulacje doprowadziły do tego, że także prywatne firmy ubezpieczeniowe zaczęły stosować podobne ograniczenia, co skutkowało limitowaniem usług szpitalnych i rozwijaniem tych obszarów, gdzie nie były one tak uciążliwie (np. opieka ambulatoryjna). Z góry ustalone płatności były zatem specyficzną formą kontroli cen narzuconej dostawcom. Co ciekawe, ograniczanie wydatków dla dostawców było bardziej korzystne dla rządu niż regulacje bezpośrednio obejmujące ubezpieczonych.[428] Działania te, jakkolwiek opłacalne politycznie, nie doprowadziły

Health Law, Oxford University Press, Nowy Jork 2016, s. 750.

[428] Więcej na ten temat zob. J. Bast, R. Rue, S. Wesbury, *Why We Spend Too Much on Health Care,* University Press Of America, USA 1993.

jednak do zatrzymania wzrostu kosztów w opiece zdrowotnej i prowadziły do kolejnych interwencji.

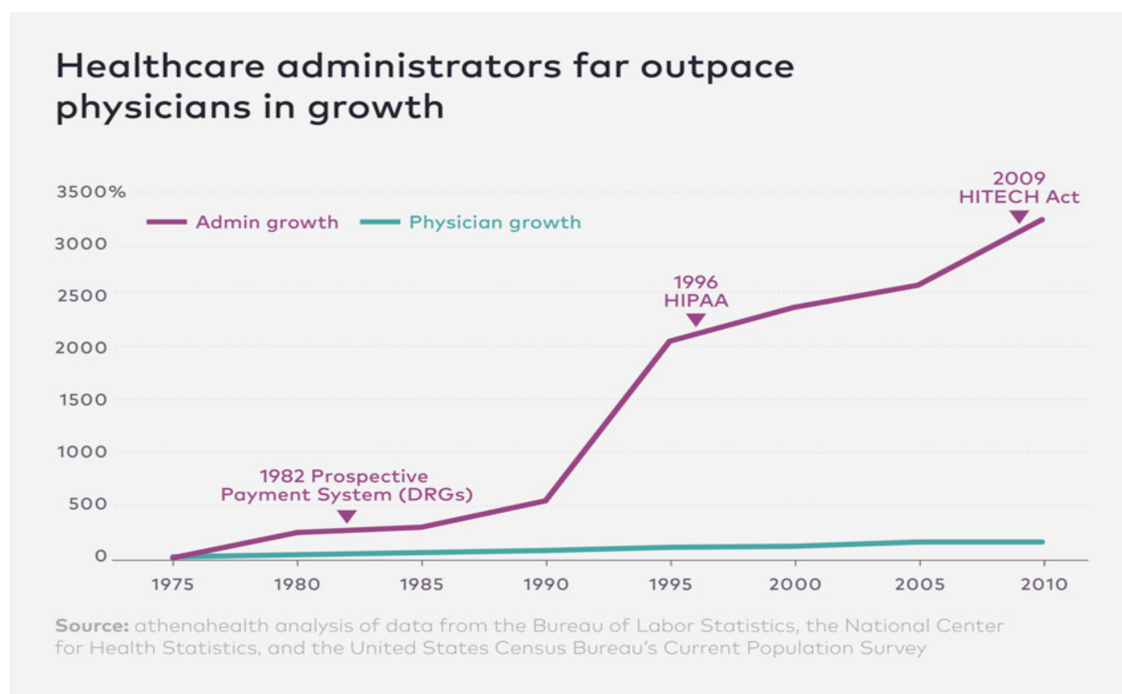
Oprócz usług szpitalnych, na początku lat 90-tych XX w. pojawiły się także regulacje obejmujące opiekę ambulatoryjną pod nazwą – Ocena i Zarządzanie (ang. Evaluation and Management – E&M). Ta interwencja miała podobny cel jak DRG i polegała na płatności za wykonane usługi na podstawie wcześniej ustalonych wytycznych. System kodowania E&M określa poziomy rozliczeń od najprostszego (poziom I) do najbardziej złożonego (poziom V). Aby wystawić rachunek na wyższą kwotę należy zebrać więcej danych w każdym *niższym* segmencie dokumentacji medycznej. Jest to bardziej uciążliwie w przypadku trudniejszych przypadków, gdzie liczy się szybkość podjętych działań. Wypełnianie odpowiedniej dokumentacji zabiera lekarzom więcej czasu przez co mniej uwagi poświęcają oni pacjentom. Ten rozrost biurokracji miał na celu ograniczenie wydatkowanych środków – liczono na to, że część dokumentacji wykaże bark podstaw do wydatkowania dodatkowych środków.[429]

Efektem jest jednak znacznie rosnąca liczba pracowników administracyjnych widoczna zwłaszcza na początku lat 90-tych XX w., czyli w momencie wprowadzenia E&M oraz kilka lat od wejścia w życie systemu DRG. Od 1975 do 2010 r. liczba lekarzy wzrosła o 150% podczas gdy liczba pracowników administracyjnych aż o 3.200% w tym samym okresie (rysunek 19).[430]

[429] D. McGuff, R. P. Murphy, *The Primal Prescription*. Primal Blueprint Publishing, USA 2015, s. 32-34.

[430] J, Cantlupe, *The rise (and rise) of the healthcare administrator*, 7.11.2017, https://www.athenahealth.com/insight/expert-forum-rise-and-rise-healthcare-administrator (dostęp: 24.09.2019).

Rysunek 19. Procentowy wzrost liczby lekarzy (physician growth) i pracowników (admin growth) administracyjnych w USA latach 1975-2010



Źródło: J. Cantlupe, *The rise (and rise) of the healthcare administrator*, 07.11.2017, https://www.athenahealth.com/insight/expert-forum-rise-and-rise-healthcare-administrator (dostęp: 24.09.2019).

Uwagi: Oprócz DRG czy E&M do wzrostu pracowników administracyjnych przyczyniły się takie regulacje jak: federalna ustawa o Ciągłości i Odpowiedzialności Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Portability and Accountability Act – HIPPA) czy Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH Act) w pewnym sensie będących kontynuacją czy rozszerzeniem dwóch wcześniejszych regulacji.

Kwestia relatywnie niskich kosztów administracyjnych Medicare

Przeświadczenie o skuteczności regulacji w ograniczaniu kosztów przejawia się również w propozycjach wprowadzenia narodowego ubezpieczenia zdrowotnego obejmującego wszystkich Amerykanów (np. Medicare for All). Głównym argumentem wg zwolenników tego rozwiązania są niższe koszty administracyjne Medicare w porównaniu do prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. *Przewaga* Medicare w tym obszarze wynika jednak nie z większej efektywności czy lepszego zarządzania, ale ze statystyki. Beneficjentami Medicare są osoby starsze czy niepełnosprawne, które generują o wiele wyższe koszty świadczeń na osobę niż beneficjenci prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Koszty administracyjne wyrażone jako procent (wyższych)

kosztów całkowitych[431] będą więc stanowiły niższą wartość niż w przypadku ubezpieczeń prywatnych. Istotny jest również fakt, że w przypadku ubezpieczeń prywatnych wielkość ta obliczana jest jako różnica pomiędzy sumą zebranych składek a sumą wypłat. Powoduje to, że jako *administracyjne* ujmowane są również koszty, które w rzeczywistości nimi nie są np. usługi skierowane do pacjentów z chorobami przewlekłymi czy konsultacje telefoniczne. W związku z tym, że nie skutkują one bezpośrednią wypłatą roszczeń automatycznie zaliczane są do kosztów administracyjnych sztucznie je zawyżając. Inny przykład to stanowe podatki od składek nakładane na ubezpieczycieli zdrowotnych, które nie będąc wypłacanymi roszczeniami również traktowane są jako koszty administracyjne. Jednak, nawet pomimo tych różnic koszty administracyjne (wyrażone w USD) generowane przez Medicare i tak były wyższe od kosztów ubezpieczeń prywatnych. Przykładowo, w latach 2000-2005 koszty administracyjne Medicare przypadające na jednego beneficjenta były wyższe od kosztów w prywatnych ubezpieczeniach nawet o kilkadziesiąt procent (48,4% w 2000 r.), co przedstawia tabela 3.

Z kolei koszty te wyrażone jako procent kosztów całkowitych reprezentowały niższe wartości w przypadku Medicare głównie ze względu na kilkukrotnie wyższą wysokość świadczeń w tych dwóch rodzajach programów. Np. wysokość kosztów administracyjnych Medicare (w 2005 r.) wyrażona jako ułamek kosztów całkowitych (przypadających na jednego beneficjenta) wynosiła 5,8% w porównaniu do 13,2% dla ubezpieczeń prywatnych, co prowadzi do mylnych wniosków na temat efektywności Medicare. Wynika to z faktu, że koszty całkowite przypadające na jednego beneficjenta wynosiły ponad 8.000 USD w przypadku Medicare oraz ponad 3.000 USD dla ubezpieczeń prywatnych.[432]

[431] Które są sumą kosztów administracyjnych oraz płatności świadczonych w ramach Medicare.

[432] R. A. Book *Medicare Administrative Costs Are Higher, Not Lower, Than for Private Insurance*, 25.06.2009, https://www.heritage.org/health-care-reform/report/medicare-administrative-costs-are-higher-not-lower-private-insurance (dostęp: 24.09.2019).

Tabela 3. Porównanie wysokości kosztów administracyjnych Medicare i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w latach 2000-2005

Rok	Medicare			Prywatne ubezpieczenia			Procentowa różnica pokazująca o ile wyższe są koszty Medicare
	L. beneficjentów (mln)	Całkowite koszty/wydatki administracyjne (mld USD)	Całkowite koszty/wydatki administracyjne *per capita* (USD)	L. beneficjentów (mln)	Całkowite koszty/wydatki administracyjne (mld USD)	Całkowite koszty/wydatki administracyjne *per capita* (USD)	
2000	37,06	14,1	380	202,8	52,0	256	48,4%
2001	37,32	14,40	386	201,7	56,6	281	37,5%
2002	37,68	15,84	420	200,9	68,8	342	22,7%
2003	38,11	16,5	433	199,9	82,2	411	5,3%
2004	38,64	20,14	521	200,9	85,3	425	22,7%
2005	39,21	19,94	509	201,2	91,1	453	12,3%

Źródło: opracowanie własne podstawie: R. A. Book, *Medicare Administrative Costs Are Higher, Not Lower, Than for Private Insurance*, 25.06.2009, https://www.heritage.org/health-care-reform/report/medicare-administrative-costs-are-higher-not-lower-private-insurance (dostęp: 24.09.2019).

Należy także zaznaczyć, że część kosztów administracyjnych Medicare nie musi być wliczanych do tych porównań, ponieważ pojawiają się one w budżetach innych agencji. Dla przykładu, Administracja Ubezpieczenia Społecznego (Social Security Administration – SSA) zarządza składkami Medicare a Urząd Podatkowy (Internal Revenue Service – IRS) pobiera podatki. Dlatego szacunki kosztów Medicare mogą zostać zaniżone (np. zamiast 6% podawana jest wartość 3%). Ponadto, oszustwa, bardzo duży i uporczywy problem dla Medicare, również wpływają negatywnie na porównania z ubezpieczeniami prywatnymi. Jeżeli Medicare przeznacza mniej środków na redukcję oszustw to koszty te traktowane są jako koszty medyczne, co jednocześnie poprawia procentowy wskaźnik kosztów administracyjnych. Tymczasem, kiedy prywatni

ubezpieczyciele starają się walczyć z oszustwami, ten sam wskaźnik rośnie mimo oszczędności jakie przynoszą takie działania.[433]

Błędne wskazanie technologii jako czynnika generującego wzrost kosztów i wydatków na opiekę zdrowotną

Opisane wydarzenia dobrze oddają ekspansywny charakter interwencjonizmu. Kolejne interwencje mające na celu rozwiązać problemy jedynie je pogłębiają prowadząc do kolejnych interwencji, co zwiększa udział państwa w danym sektorze gospodarki. Szczególnie istotne w tym względzie są interwencje sztucznie pobudzające popyt, co prowadzi do wzrostu cen a nie do wzrostu podaży usług medycznych. W efekcie, usługi medyczne, które miały być bardziej dostępne dla społeczeństwa stają się coraz bardziej kosztowne. Co więcej, większość społeczeństwa płacąca jedynie ułamek kosztów nie doświadcza bezpośrednio ich stałego wzrostu oraz nie potrafi określić rzeczywistych kosztów tych usług. Przeznaczanie ułamka kosztów zaniża cenę płaconą przez gospodarstwa domowe oraz prowadzi do iluzji dużej dostępności usług medycznych mimo stale rosnących kosztów. Amerykanie nie potrafią także oszacować, ile przeznaczają takie wydatki z własnej kieszeni. Rządowe interwencje prowadzą także do sytuacji, w której najdroższe usługi mogą wydawać się najtańsze. Przykładowo, na początku lat 90-tych Amerykanie wydawali średnio z własnej kieszeni 4,5 centów (z 1 USD) na opiekę szpitalną, ale 68 już centów na zakup leków. Zatem dla pacjentów terapia szpitalna wydaje się być tańsza niż farmakoterapia, podczas gdy w rzeczywistości jest zdecydowanie odwrotnie.[434]

Brak odpowiednich ograniczeń ekonomicznych prowadzi do większej, ale niekoniecznie uzasadnionej konsumpcji. Badania jakich dokonali Merrill Matthews oraz Mark Littow na w miarę jednorodnych grupach pod względem stanu zdrowia czy wieku pokazały, że osoby zakwalifikowane do programu Medicare korzystają z opieki zdrowotnej około 50% częściej niż osoby posiadające prywatne ubezpieczenia

---

[433] G. Galles, *Medicare for All: Administrative Costs Are Much Higher than You Think*, 04.12.2018, https://mises.org/wire/medicare-all-administrative-costs-are-much-higher-you-think (dostęp: 24.09.2019).

[434] G. Robbins, A. Robbins, J. C. Goodman, *How are your health care system works*, National Center For Policy Analisys, Dallas 1993.

zdrowotne.[435] Tak więc, ubezpieczenia takie jak Medicare są atrakcyjne nie tylko dla osób już chorujących, ale również dla osób szukających możliwości zwiększenia konsumpcji ze względu na niską cenę (w stosunku do uzyskanych korzyści) jaką musiałby przy tym ponieść. Ten sztucznie pobudzony popyt prowadzi również do sytuacji, w której dostawcy (np. szpitale) o wiele chętniej zakupują nowe technologie. Pacjenci płacąc za nie jedynie ułamek kosztów nie mają żadnych oporów, aby z nich nie korzystać na skalę jaką byłaby niemożliwa w przypadku bezpośrednich wydatków.[436] Ponadto, dzięki nowym technologiom, oferta dostawców staje się jeszcze bardziej atrakcyjna. Nawet ci dostawcy, którzy nie panowali zakupu nowych technologii muszą zmienić swoje podejście, gdyż w przeciwnym wypadku mogą stracić część klientów. Takie uwarunkowania prowadzą więc do swego rodzaju *technologicznego wyścigu zbrojeń* pomiędzy dostawcami, który jest możliwy z uwagi na dominującą rolę płatników trzeciej strony. Tworzy to dodatkowe problemy w postaci nad-konsumpcji usług medycznych oraz większe koszty np. dla osób chcących je nabyć drogą wydatków bezpośrednich czy dla instytucji charytatywnych.

Taki rozwój wydarzeń doprowadził część obserwatorów do wniosku, że to technologia stoi za nieustannym wzrostem kosztów w opiece zdrowotnej. W rzeczywistości każdy inny sektor gospodarki doświadczyłby podobnego rozwoju wydarzeń, gdyby konsumenci płacili w nich jedynie ułamek kosztów, a ich główny ciężar byłby przerzucany na resztę społeczeństwa. Pod tym względem, sektor opieki zdrowotnej nie różni się więc w żaden sposób od przemysłu motoryzacyjnego czy komputerowego.

Inny pogląd na ten problem ma William J. Baumol, który wzrost cen (powyżej wskaźnika inflacji) takich *osobistych usług* jak opieka zdrowotna czy edukacja przypisuje faktowi, że w tych przypadkach nie jest łatwe zmniejszenie ilości pracy ludzkiej i zastąpienie jej bardziej wydajnymi narzędziami czy maszynami. Ograniczone możliwości automatyzacji procesów produkcyjnych (w przeciwieństwie do innych sektorów gospodarki) stoją jego zdaniem za relatywnie wyższymi kosztami tych usług

---

[435] L. S. Pettegrew, C. A. Vance, *The High Cost of "Free"*, 05.06.2013, https://mises.org/library/high-cost-free (dostęp: 25.09.2019).

[436] A. Finskelstien, *Moral Hazard In Health Insurance*, Columbia University Press, Nowy Jork 2014, s. 73-74, 82-83. [Ebook].

oraz ich rosnącym udziałem wydatków w gospodarce.[437]

Prawdą jest, że na ten moment, usługi wykonywane przez lekarzy (np. podczas operacji) trudno jest jeszcze bezpośrednio i na masową skalę zastąpić robotami, jednak także w medycynie powstają i rozwijają się nowe technologie pośrednio wspierające personel medyczny. W tym kontekście warto zastanowić się jak mógłby funkcjonować nieskrępowany rynek usług medycznych. W USA jednym z niewielu obszarów szeroko pojmowanych usług medycznych, gdzie procesy rynkowe nie są jeszcze objęte dziesiątkami regulacji jest rynek chirurgii kosmetycznej. Jak się okazuje na tym rynku nie występują ograniczenia w podaży czy wysokie tempo wzrostu cen przekraczające wskaźnik inflacji. Ciekawych obserwacji dostarcza Mark J. Perry z American Enterprise Institute, który przeanalizował raport z 2016 r. opublikowany przez Amerykańskie Towarzystwo Chirurgii Estetycznej i Plastycznej (American Society for Aesthetic Plastic Surgery). [438] Perry wskazał na kilka istotnych faktów dobrze świadczących o możliwościach niekrępowanego rynku w zakresie dostarczania konsumentom potrzebnych dóbr i usług:

1. W latach 1998-2016, średni wzrost cen 20 najpopularniejszych zabiegów chirurgii kosmetycznej wyniósł 32%, podczas gdy ceny usług opieki medycznej wzrosły w tym okresie o 100,5%, ceny usług szpitalnych aż o 176,6% a wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych (CPI) o 47,2%.

2. W przypadku dziesięciu najpopularniejszych zabiegów w 2016 r., żaden z nich nie zwiększył swojej ceny od 1998 r. o więcej niż 47,2% czyli tyle ile wynosi podstawowy wskaźnik inflacji, co oznacza, że prawdziwa, skorygowana o inflację cena wszystkich dziesięciu zabiegów spadła w ciągu ostatnich 18 lat.

3. Dla trzech najbardziej popularnych zabiegów (iniekcja botoksu, laserowe usuwanie włosów oraz peeling chemiczny) ceny spadły odpowiednio o 11,3%, 21,7% oraz o 34,8%.

4. Łączna liczba tych zabiegów wzrosła z 660.269 w 1998 r. do 6.249.894 w 2016 r.

5. Ceny dwóch najbardziej popularnych chirurgicznych zabiegów kosmetycznych w 2016 r., jakimi były liposukcja i powiększanie piersi, wzrosły odpowiednio o 30,6% i 26,2% od 1998 r. Oba te wzrosty były jednak niższe od wskaźnika CPI w tym okresie (47,2%).

6. Liczba wszystkich 20 zabiegów wzrosła z 2.104.674 w 1998 r. do 8.588.625 w 2016 r.[439]

---

[437] W. J. Baumol, *The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*, Yale University Press, New Haven, Londyn 2012, s. xvii-xviii.

[438] Pełny raport jest dostępny tutaj: https://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-Stats2016.pdf.

[439] M. J. Perry, *If cosmetic surgery has a working market, why can't medical care?*, 22.03.2017, https://fee.org/articles/if-cosmetic-surgery-has-a-working-market-why-can-t-medical-care/ (dostęp: 13.07.2019).

Goodman i in. wskazali na kilka przyczyn tego stanu rzeczy:

Pomimo czterokrotnego zwiększenia liczby operacji, opłaty pobierane przez chirurgów plastycznych pozostały stosunkowo stabilne. Co tłumaczy tę stabilność cen? Jedną z przyczyn jest zachowanie się klientów. Kiedy płacą oni swymi własnymi pieniędzmi, mają motywację, aby zachowywać się jak oszczędni konsumenci. Drugim powodem jest podaż. W miarę jak wzrasta liczba osób zgłaszających zapotrzebowanie na zabiegi, coraz więcej chirurgów je przeprowadzało. Ponieważ prawie każdy lekarz medycyny posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu może przejść przeszkolenie i wykonywać zabiegi plastyczne, włączenie się do tej dziedziny jest stosunkowo łatwe. Trzecim zaś powodem jest efektywność. Wielu świadczących tego rodzaju usługi ma gabinety wyposażone w sprzęt służący wykonywaniu operacji, co stanowi tańszą alternatywę wobec wykonywania zabiegów pacjentom ambulatoryjnym, w szpitalu. (...) *Czwarty wreszcie powód stanowi pojawienie się zabiegów o charakterze substytucyjnym.*[440]

Tak więc konkurencja o klienta i niezależność konsumenta przy wyborze danych dóbr i usług nie prowadzą do wzrostu cen, ale do ich spadku oraz lepszej dostępności. Niestety, pozostała znaczna część sektora usług medycznych pozostaje pod silnym wpływem regulacji rządowych – stąd między innymi stale rosnące ceny. Także w przypadku usług chirurgii kosmetycznej nie da się całkowicie zastąpić personelu medycznego, co jednak nie stanowi przeszkody dla spadających cen. Warto również podkreślić, że usługi tego typu nie są finansowane przez płatników trzeciej strony.

Medicare w XXI w.

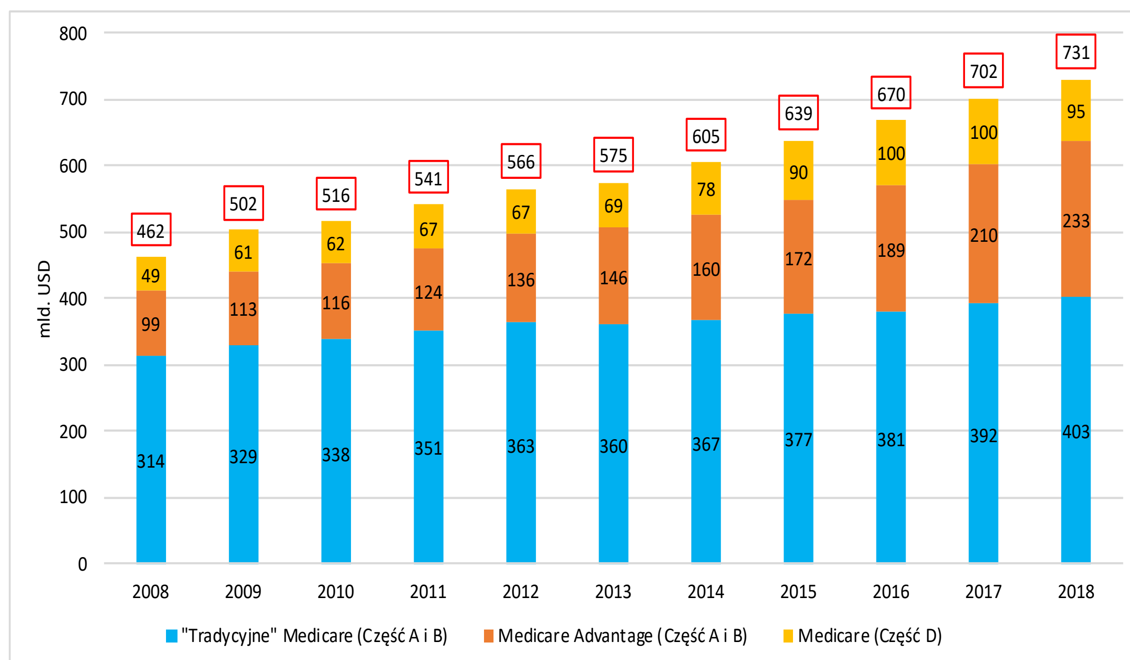
Medicare w 2018 r. obejmowało już ponad 60 mln beneficjentów (ponad 18% ludności USA) podczas gdy w 1966 r. było ich 19 mln (około 9,5% ludności).[441] W tym czasie zakres świadczonych usług uległ rozszerzeniu, zmieniły się także zasady opłacania dostawców. Jednak koszty finansowania tego programu, od momentu jego powstania stale rosną. W 2008 r. wydatki na Medicare wyniosły 462 mld USD a 10 lat później już

[440] J. C. Goodman, G. L. Musgrave, D. M. Herrick, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej,* Fijorr Publishing Company, Warszawa 2008, s. 205-206.

[441] CMS, *Medicare Enrollment - National Trends 1966-2013*, brak daty, https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/MedicareEnrpts/Downloads/SMI2013.pdf (dostęp: 19.09.2019).

731 mld USD, co było wzrostem o 58% (stopa inflacji w tym okresie wyniosła około 16%). Szczegółowe informacje zostały przedstawione na rysunku 20.

Rysunek 20. Wydatki na poszczególne rodzaje (części) programu Medicare w latach 2008-2018



Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Cubansky, T. Neuman, M. Freed, *The Facts on Medicare Spending and Financing*, 20.08.2019, https://www.kff.org/medicare/issue-brief/the-facts-on-medicare-spending-and-financing/ (dostęp: 19.09.2019).

Uwagi: Medicare (Część D) obejmuje zarówno plany samodzielnie jak i te z Medicare Advantage.

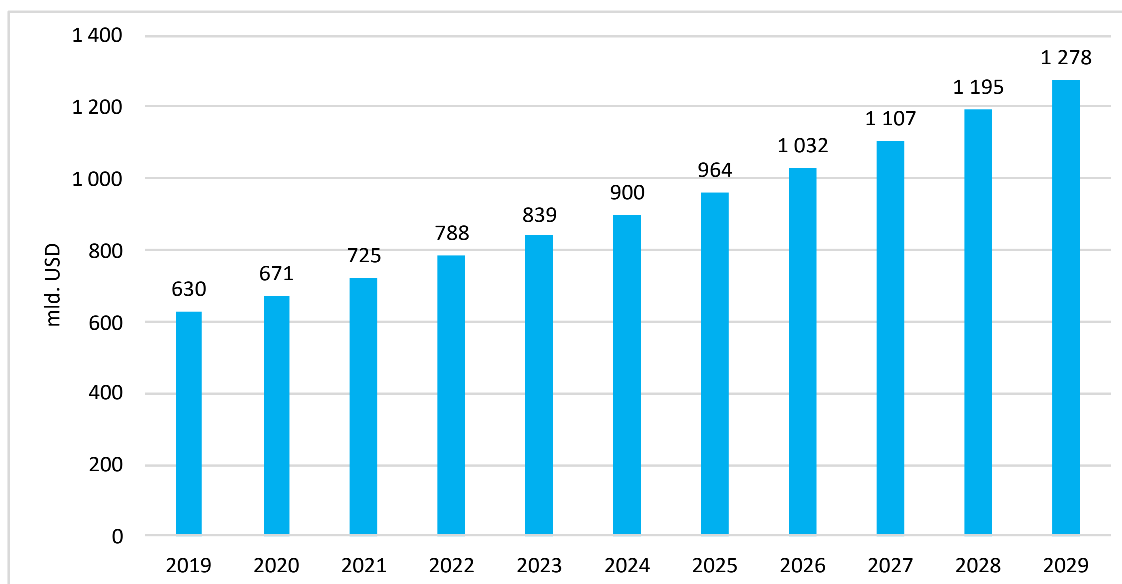
Prognozowany średnioroczny wzrost wydatków w latach 2018–2028 szacowany jest na 7,9%. Jest to wynik wyższy niż w latach 2010–2018, który średnio wynosił 4,4% rocznie., co jest efektem między innymi zmian budżetowych czy napływu młodszych i zdrowszych beneficjentów generujących niższe koszty, które miały wpływ na spadek tempa wzrostu wydatków w poprzednich latach. [442] Z kolei, wg szacunków Kongresowego Biura Budżetu (Congressional Budget Office – CBO) całkowite wydatki Medicare podwoją się z 765 mld USD w 2019 r. do 1.552 mld USD w 2029 r. (wzrost o 103%). Sytuacja wygląda podobnie, jeśli chodzi o wydatki netto[443], których

[442] J. Cubansky, T. Neuman, M. Freed, *The Facts on Medicare Spending and Financing*, 20.08.2019, https://www.kff.org/medicare/issue-brief/the-facts-on-medicare-spending-and-financing/ (dostęp: 19.09.2019).

[443] Tzn. nie uwzględniające składek beneficjentów oraz innych wpływów kompensacyjnych.

wzrost szacowany jest z 630 mld USD do 1.278 mld USD w 2029 r.[444] (rysunek 21).

Rysunek 21. Przyszłe (prognozowane) wydatki netto na program Medicare w latach 2019-2029

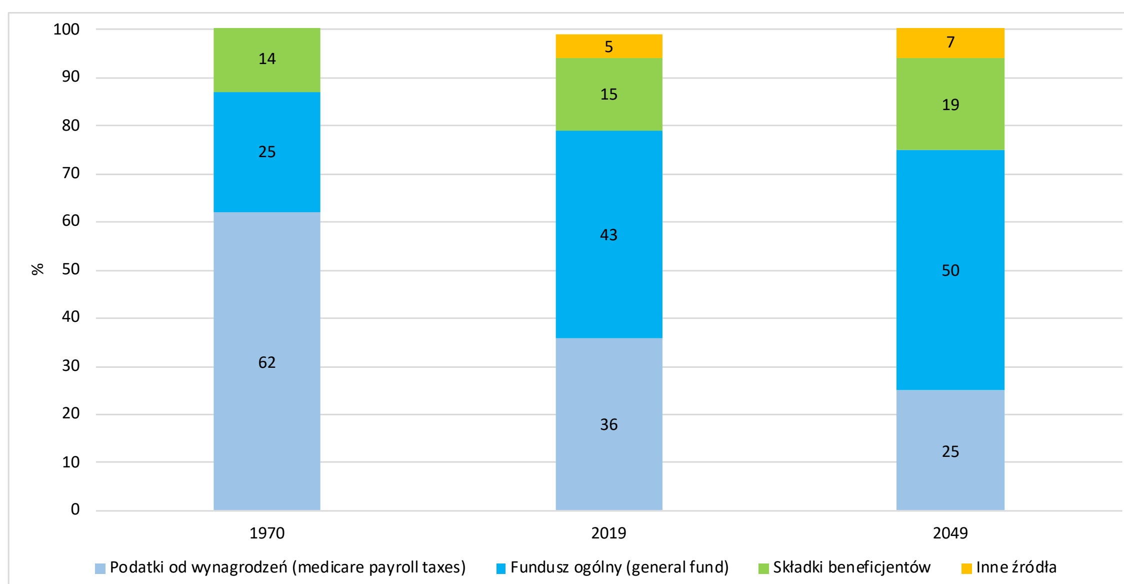


Źródło: opracowanie własne na podstawie: CBO, *Updated Budget Projections: 2019 to 2029*, 02.05.2019, https://www.cbo.gov/system/files/2019-05/55151-budget_update_0.pdf (dostęp: 26.09.2019). [s. 12-13].

CBO prognozuje także, że same wydatki netto Medicare wzrosną z 3% PKB w 2019 r. do 6% PKB w 2049 r.[445] Zwiększy się także udział ogólnego funduszu (general fund) jako źródła finansowania programu, a udział podatków od wynagrodzeń będzie malał (medicare payroll taxes), co obrazuje rysunek 22.

[444] CBO, *Updated Budget Projections: 2019 to 2029*, 02.05.2019, https://www.cbo.gov/system/files/2019-05/55151-budget_update_0.pdf (dostęp: 26.09.2019).
[445] CBO, *The 2019 Long-Term Budget Outlook*, 01.06.2019, https://www.cbo.gov/system/files/2019-06/55331-LTBO-2.pdf (dostęp: 26.09.2019).

Rysunek 22. Zmiana poszczególnych źródeł finansowania programu Medicare w wybranych latach



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Peter G. Peterson Foundation, *BUDGET BASICS: MEDICARE,* 30.04.2019, https://www.pgpf.org/budget-basics/medicare (dostęp: 26.09.2019).

Uwagi: Do innych źródeł zaliczyć można: wpływy z opodatkowania świadczeń z ubezpieczenia społecznego (social security benefits), które służą finansowaniu kosztów ubezpieczenia szpitalnego Medicare; opłaty za leki oraz transfery stanowe.

Poszczególne wielkości mogą nie sumować się do 100% ze względu na zaokrąglenia.

W istocie udział podatków od wynagrodzeń będzie jednak mniejszy niż się podaje. Nadwyżki środków przeznaczonych na finansowanie części A trafiają do funduszu powierniczego Medicare (The Hospital Insurance Trust Fund). Nadwyżki te stanowią *rezerwę*, z której mają być finansowane świadczenia w przyszłości na wypadek, gdyby wydatki przekroczyły wpływy z podatku od wynagrodzeń i innych źródeł. Jednak aktywa znajdujące się w funduszu powierniczym są przeznaczane na zakup obligacji skarbowych, które Departament Skarbu będzie musiał spłacić z przyszłych podatków lub pożyczek. Środki te zostają więc od razu wydane przez rząd. Oznacza to, że mimo oficjalnych statystyk, fundusz ten nie posiada własnych środków, które byłyby wcześniej zainwestowane w produktywne przedsięwzięcia. Przykładowo, na koniec 2016 r. aktywa funduszu powierniczego części A wynosiły 199 mld USD, co stanowi jednocześnie łączną wysokość zobowiązań Departamentu Skarbu. Z kolei wpływy za rok 2017 wyniosły 299 mld USD a wydatki 297 mld USD, co powiększyło aktywa Medicare

do około 202 mld USD.[446] Zatem, jeśli w kolejnym roku wydatki na część A przewyższą wpływy, to zostaną zaangażowane środki z funduszu powierniczego, które *de facto* będą pochodziły z dodatkowych podatków lub pożyczek. Podatnicy płacą więc dwa razy. Wg szacunków z 2019 r. aktywa części A zostaną całkowicie wyczerpane w 2026 r., czyli za 7 lat, co jest postrzegane jako pewien wyznacznik stabilności finansowej programu Medicare.[447] Takie wyliczenia nie mają jednak aż tak dużego znaczenia, gdyż jak już zostało wspomniane, aktywa te są jedynie zapisami księgowymi mówiącymi, ile rząd pożycza sam sobie na koszt podatnika.

W przypadku SMI (część B i D Medicare) zakłada się, że wszelkie niedobory środków zostaną pokryte z dodatkowych wpływów podatkowych. Jako główne czynniki stojące za rosnącymi wydatkami Medicare wymienia się przechodzenie pokolenia baby-boom (osoby urodzone w latach 1946–1964) na emeryturę (okres od 2011 r. do 2029 r.), czy wydłużającą się długość życia. Prowadzi to do sytuacji, w której wskaźnik osób pracujących do beneficjentów programów socjalnych stale maleje: w 1965 r. wynosił on 4 (4 pracowników na 1 beneficjenta), w roku 2015 2,8, a w 2035 już 2,2, co będzie zwiększało obciążenia podatników (tabela 4).[448]

Zmiany demograficzne nie są jednak problemem samym w sobie. Postrzeganie ich jako problemu tak naprawdę wynika z wadliwych rozwiązań przyjętych w ubezpieczeniach społecznych, gdzie nie występują żadne wcześniej zakumulowane czy pomnożone oszczędności a finansowanie bieżących potrzeb osób opuszczających rynek pracy pochodzi od osób na nim pozostających.

---

[446] The Tax Policy Center, *What is the Medicare trust fund, and how is it financed?*, brak daty, https://www.taxpolicycenter.org/briefing-book/what-medicare-trust-fund-and-how-it-financed (dostęp: 26.09.2019).

[447] J. Cubansky, T. Neuman, M. Freed, *The Facts on Medicare Spending and Financing*, 20.08.2019, https://www.kff.org/medicare/issue-brief/the-facts-on-medicare-spending-and-financing/ (dostęp: 19.09.2019).

[448] SSA, *The 2018 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Old-Age and Survivors Insurance and Federal Disability Insurance Trust Funds*, 05.06.2018, http://www.advancingstates.org/sites/nasuad/files/Trustees%20Report%202018.pdf (dostęp: 27.09.2019). [s. 61-62].

Tabela 4. Liczba ubezpieczonych pracowników oraz beneficjentów objętych określonymi ubezpieczeniami/programami społecznymi w danych latach

Rok	Liczba ubezpieczonych pracowników przypadająca na 1 beneficjenta ubezpieczeń/programów społecznych (OASDI)	Liczba beneficjentów ubezpieczeń/programów społecznych (OASDI) przypadająca na 100 ubezpieczonych pracowników
1965	4,0	25
1970	3,7	27
1975	3,2	31
1980	3,2	31
1985	3,3	30
1990	3,4	30
1995	3,3	31
2000	3,4	29
2005	3,3	30
2010	2,9	34
2015	2,8	35
2020	2,7	37
2025	2,5	40
2030	2,3	43
2035	2,2	46
2040	2,2	46
2045	2,2	46
2055	2,2	46
2065	2,1	48
2075	2,1	49
2085	2,1	48
2095	2,0	49

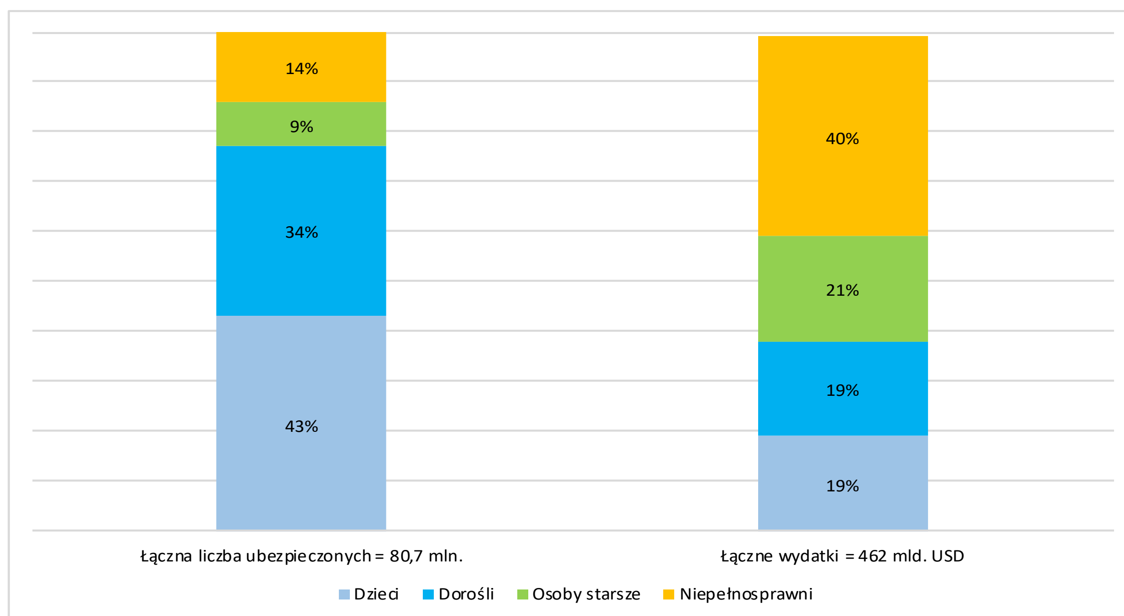
Źródło: opracowanie własne na podstawie: SSA, *The 2018 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Old-Age and Survivors Insurance and Federal Disability Insurance Trust Funds*, 05.06.2018, http://www.advancingstates.org/sites/nasuad/files/Trustees%20Report%202018.pdf (dostęp: 27.09.2019).

Uwagi: Do beneficjentów programów społecznych – Old Age, Survivors and Disability Insurance (OASDI) – zalicza się emerytów, pozostałych przy życiu małżonków i ich dzieci oraz niepełnosprawnych pracowników.

Charakterystyka oraz koszty Medicaid

Również program Medicaid generuje coraz wyższe koszty. W 2014 r. jego beneficjentami było ponad 80 mln Amerykanów (25% ludności), z czego największą grupę stanowiły dzieci (43% beneficjentów). Najwięcej środków (40%) przeznaczanych jest jednak na osoby niepełnosprawne, które stanowią 14% beneficjentów programu (rysunek 23).

Rysunek 23. Struktura ubezpieczonych oraz wydatki na poszczególne grupy beneficjentów Medicaid w 2014 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Rudowitz, K. Orgera, E. Hinton, *Medicaid Financing: The Basics,* 21.03.2019, https://www.kff.org/report-section/medicaid-financing-the-basics-issue-brief/ (dostęp: 27.09.2019).

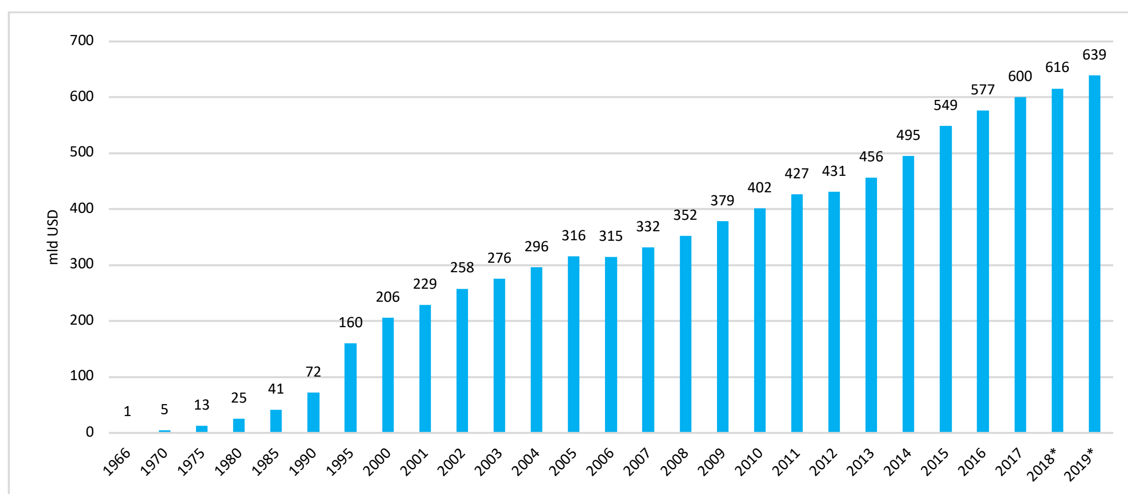
Medicaid jest programem federalno–stanowym zapewniającym finansowanie do usług medycznych wybranym grupom beneficjentów kwalifikującym się do otrzymania wsparcia. Część środków pochodzi ze źródeł federalnych. Wkład ten nazywany federalnym udziałem w pomocy medycznej (Federal Medical Assistance Precentage – FMAP) i ustalany jest na podstawie porównania dochodu *per capita* w danym stanie wraz ze średnią krajową. Stany z niższym dochodem otrzymują więcej środków federalnych, których minimalny wkład nie może być niższy niż 50%. W 2017 r. rząd federalny pokrył około 60% kosztów całkowitych Medicaid.[449]

Wydatki na program stale rosną, między innymi ze względu na rozszerzanie jego zakresu. W 1997 do Medicaid został włączony program ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci (The Children 's Health Insurance Program – CHIP) w celu zapewnienia finansowania do usług medycznym rodzinom z dziećmi, których na nie stać. Z kolei w reforma ObamaCare wpłynęła na kolejne rozszerzenie kwalifikowalności do programu wśród osób nieubezpieczonych. Wydatki na Medicaid w 2017 r. wyniosły 600 mld USD podczas gdy w 2013 r. było 456 mld USD a w 2008 r. 351,9 mld USD, co stanowi wzrost

[449] R. Rudowitz, K. Orgera, E. Hinton, *Medicaid Financing: The Basics*, 21.03.2019, https://www.kff.org/report-section/medicaid-financing-the-basics-issue-brief/ (dostęp: 27.09.2019).

o około 71% (rysunek 24).

Rysunek 24. Wysokość wydatków na program Medicaid w poszczególnych latach



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Statista, *Total Medicaid expenditure from 1966 to 2019 (in billion U.S. dollars)*, 27.08.2019, https://www.statista.com/statistics/245348/total-medicaid-expenditure-since-1966/ (dostęp: 27.09.2019).

Uwagi: * Dane szacunkowe.

Medicaid a kwestia walki z ubóstwem

Rosnące wydatki oraz liczba beneficjentów, powoduje jednak coraz większe ich uzależnienie od tego typu programów oraz wypieranie np. instytucji charytatywnych. Warto także podkreślić, że przed wprowadzeniem Medicaid i Medicare[450] zarówno stopa ubóstwa (poverty rate) jak i liczba osób ubogich nieustannie spadała, ale spadek ten został wyhamowany wraz z przeznaczaniem coraz większych kwot na transfery socjalne, w tym na Medicaid. Przykładowo, stopa ubóstwa spadła z około 22% w 1960 r. do 15% w 1965 r. oraz do około 12% w 1969 r. (w 2018 r. wyniosła 11,8%). Podobnie było z liczbą osób ubogich, która spadła z około 40 mln w 1960 r. do około 28 mln w 1965 r. oraz poniżej 25 mln w 1969 r. (w 2018 r. liczbę osób ubogich oszacowano na 38,1 mln).[451] Programy socjalne z założenia mające wspomagać ubogich paradoksalnie powodują, że aby dalej otrzymywać świadczenia muszą oni ubodzy pozostać. Im bardziej hojne świadczenia tym jego beneficjentom trudniej powrócić

[450] Oraz innych transferów socjalnych wprowadzonych za prezydentury L. Johnsona.
[451] J. Semega i in., *Income and Poverty in the United States: 2018*, U.S. Government Printing Office, Waszyngton 2019, s. 12.

na rynek pracy i odzyskać niezależność. Jak wskazuje Robert Rector:

W istniejącym przez ostatnie trzydzieści lat systemie opiekuńczym każdej samotnej matce z dwójką dzieci oferuje się „wypłatę" różnych świadczeń o przeciętnej wartości w zależności od zamieszkiwanego stanu od 8,5 tysiąca do 15 tysięcy dolarów. Matka zawiera z państwem umowę. Będzie otrzymywała „wypłatę", dopóki będzie spełniała dwa warunki. 1. nie podejmie pracy; 2. nie weźmie ślubu z mężczyzną, który ma zatrudnienie.[452]

Co więcej, jak twierdzą Loyd S. Pettegrew oraz Carol A. Vance powołując się na dane przytaczane przez ekonomistę Nicholasa Eberstadta:

Polityczny urok darmowych rzeczy jest tak silny, że alarmująca liczba ludzi wybiera raczej bycie podopiecznymi państwa pomocowego/dobrobytu niż samodzielność. Ekonomista Nicholas Eberstadt z American Enterprise Institute uważa, że Amerykanie stali się narodem, roszczeniowym, co niszczy samodzielność, która długo była cechą naszej duszy. Według danych Eberstadta, od 1960 roku wypłata różnych zasiłków rosła rocznie o 9,5 procenta. Twierdzi on, że przez ostatnie 50 lat transfer takich środków zwiększył się o 727 procent. Tylko w 2010 roku wypłaty osiągnęły 2,3 biliona dolarów, z czego 31 procent wypłacono w ramach ubezpieczenia społecznego (dla osób starszych i niepełnosprawnych), w Medicare 24 procent, w Medicaid 18 procent, 12 procent trafiło na program utrzymania minimalnego dochodu, na inne transfery złożyło się 8 procent (darmowe telefony komórkowe, dofinansowanie złego sytemu edukacji, mieszkań, sztuki itd.), a 6 procent przeznaczono na wypłatę ubezpieczeń od utraty pracy. Skutkiem tego 49 procent amerykańskich gospodarstw domowych otrzymywało jedno lub więcej rządowych świadczeń – było to w sumie 18 procent wszystkich dochodów osobistych i każdego Amerykanina obarczało kwotą 7400 dolarów.[453]

Programy takie jak Medicaid niejako *konkurują* z instytucjami charytatywnymi, które wciąż odrywają istotną rolę w amerykańskiej społeczności. Pomimo rosnących podatków i składek finansujących różne programy rządowe równolegle zwiększają się także środki jakimi dysponują amerykańskie organizacje charytatywne. Przykładowo, rok 2017 był rekordowy, jeśli chodzi o wielkość dobrowolnie pozyskanych funduszy, które wyniosły 410 mld USD w porównaniu z 389 mld za 2016 r. Imponujący

[452] R. Rector, *Welfare: Broadening the Reform*, w: S. M. Butler, K. R. Holmes (red.), *Issues 2000: The Candidate's Briefing Book*, Waszyngton, DC 2000, s. 293-294; cyt. za: R. P. Murphy, *Niepoprawny politycznie przewodnik po kapitalizmie*, Instytut Ludwiga von Misesa, Wrocław 2015, s. 115.

[453] L. S. Pettegrew, C. A. Vance, *The High Cost of "Free"*, 05.06.2013, https://mises.org/library/high-cost-free (dostęp: 27.09.2019).

jest również fakt, że większość pozyskanych środków (70%) pochodzi od indywidualnych darczyńców. Cele na jakie przekazywane są środki są bardzo zróżnicowane. Najwięcej funduszy przekazywanych jest na cele religijne (31%), edukacyjne (14%) czy usługi osobowe (12%). Z kolei na organizacje zdrowotne bezpośrednio przekazywane jest około 9% funduszy, co nie oznacza jednak, że jest to mała kwota.[454]

Rozwój tych instytucji[455] świadczy o podtrzymywaniu dawnych tradycji oraz wartości wyznawanych przez Amerykanów mimo rozrostu wielu rządowych programów socjalnych. Wzrost ich popularności świadczy o coraz większym zapotrzebowaniu na tego typu usługi, co daje także nadzieję na stopniowy powrót do zdecentralizowanej i dobrowolnej sieci bezpieczeństwa społecznego jaka sprawnie funkcjonowała w USA na przełomie XIX i XX w.[456]

Jest to widoczne chociażby w raporcie World Giving Index (WGI) poświęconemu badaniu dobroczynności w poszczególnych krajach i publikowanym przez Charities Aid Foundation. Raport opiera się także się na badaniach Gallupa. Ankietowani proszeni są o odpowiedź na 3 krótkie pytania: Czy w ostatnim miesiącu: 1) pomogłeś nieznajomemu lub komuś, kogo nie znasz?; 2) przekazałeś pieniądze na cele charytatywne?; 3) poświeciłeś swój czas na wolontariat w organizacji charytatywnej? Następnie z odsetka z tych trzech odpowiedzi (w proc.) wyciąga się średnią arytmetyczną. Ostatnia edycja raportu – z 2019 r. – zawiera zbiorcze badania przeprowadzone w poprzednich 10 latach (2009-1018) obejmujące około 1,3 mln osób. Wg wyników badań najbardziej charytatywnym krajem na świecie są właśnie USA z wynikiem 58,3%. Wg szczegółowych wyników aż 72% ankietowanych Amerykanów udzieliło pomocy nieznajomemu, 61% przeznaczyło środki finansowe na cele charytatywne a 42% udzielało się w instytucjach charytatywnych. Drugie miejsce zajął Myanmar (57,6%) a trzecie Nowa Zelandia (56,6%).[457]

---

[454] Giving USA, *Giving USA 2018: Americans Gave $410.02 Billion to Charity in 2017, Crossing the $400 Billion Mark for the First Time*, 13.06.2018, https://givingusa.org/giving-usa-2018-americans-gave-410-02-billion-to-charity-in-2017-crossing-the-400-billion-mark-for-the-first-time/ (dostęp: 27.09.2019).

[455] Lista największych amerykańskich organizacji charytatywnych (w tym wielu zdrowotnych) znajduje się tutaj: Forbes, The *100 Largest U.S. Charities*, brak daty, https://www.forbes.com/top-charities/list/#tab:rank (dostęp: 27.09.2019).

[456] D. Steinreich, *Book Review: Welfare and Old Age in Europe and North America*, „The Quarterly Journal of Austrian Economics" 2014, nr 2, s. 250.

[457] Charities Aid Foundation, *The CAF World Giving Index 10th Edition*, 10.2019, https://www.cafonline.org/docs/default-source/about-us-publications/caf_wgi_10th_edition_report_2712a_web_101019.pdf (dostęp: 10.11.2019).

Jako przykład takich instytucji może posłużyć Liberty HealthShare – wspólnota religijna działająca na zasadach towarzystwa pomocy wzajemnej, ale nie będąca ubezpieczeniem. Takie instytucje są zwolnione z wymagań stawianych prywatnym ubezpieczycielom przez ObamaCare i oferują swoim członkom alternatywną formę finansowania dostępu do usług medycznych. Członkowie wnoszą określony miesięczny wkład (do wyboru są 3 warianty), który jest dostosowany do bieżących potrzeb medycznych w grupie. Liczna oraz zróżnicowana geograficznie społeczność zobowiązuje się do wzajemnego wsparcia osób potrzebujących, kiedy przeznaczą oni pierwsze koszty z własnej kieszeni. Każdy wspierający może łatwo sprawdzić, gdzie trafiają przekazane przez niego środki. Dobrowolne wpłaty pomagają także w tworzeniu wysokich normy etycznych czy odpowiedzialności za siebie oraz za innych. Przejrzyste zasady oraz efektywne rozwiązania stoją za przystępowaniem nowych członków oraz rozwijaniem się takich społeczności (do takiej społeczności mogą przystąpić także przedstawiciele innych religii).

Ważne jest również to, że osoba chorująca, która ponosi część kosztów[458] zyskuje dzięki temu motywację do wyjścia z choroby przy silnym wsparciu duchowym oraz finansowym innych członków.[459] Ciekawe jest także rozwiązana kwestia przyjęcia osób z już występującymi chorobami. W pierwszym rok koszty nie są pokrywane, ale nowy członek otrzymuje fundusze na zmianę stylu życia (tzw. *health truck*), co wynika ze świadomości, że wiele problemów zdrowotnych jest efektem wcześniejszych działań ludzi. Jest to polityka zdecydowanie odmienna od rządowych ubezpieczeń dążących do pokrywania za ubezpieczonych wszystkich kosztów co jest drogą do nikąd, gdyż pośrednio wzmacnia w nich poczucie bycia stale chorymi. Takie instytucje jak Liberty HealthShare są w stanie pokryć koszty w wysokości kilku milionów dolarów, jeśli zajdzie taka potrzeba. Co ważne, dzięki sprawnemu zarządzaniu oraz coraz liczniejszej społeczności są one także w stanie wynegocjować preferencyjne stawki wśród dostawców dla swoich członków. Współcześnie w USA funkcjonuje kilka większych instytucji tego typu oraz dziesiątki mniejszych stowarzyszeń – Liberty HealthShare jest

[458] Wysokość udziału własnego zależy od wybranego wariantu programu: w wariancie indywidualnym członek ponosi koszty w wysokości 1.000 USD, w wariancie dla par jest to 1.750 USD a w wariancie rodzinnym 2.000 USD.

[459] Jedną z cech charakterystycznych dla takich społeczności jest bardzo wysoki entuzjazm czy optymizm w realizacji zamierzonych celów zdrowotnych czy duchowych.

największą z nich zrzeszającą ponad 250.000 osób.[460]

Dla odmiany programowi Medicaid nieustannie towarzyszą problemy związane z niechęcią części lekarzy dotyczącą przyjmowania nowych pacjentów. Ogólnokrajowe badanie przeprowadzone w 2011 r. wśród lekarzy wykazało, że 31% z nich nie chciało przyjmować nowych pacjentów Medicaid. Wskaźniki akceptacji w różnych stanach były bardzo zróżnicowane. Według badań opublikowanych przez Health Affairs, w całym kraju 69% lekarzy przyjmowało pacjentów Medicaid, ale stan akceptacji wahał się od niskiego poziomu 40% w New Jersey do 99% w Wyoming.[461] Inne badanie wykazało, że do przyczyn tego stanu rzeczy zaliczyć należy niskie stawki refundacji Medicaid, obciążenia administracyjne związane z uczestnictwem w programie Medicaid, opóźnienia w zwrocie kosztów oraz zachowanie pacjentów. Prawie 70% badanych lekarzy uznało stawki refundacji za większy problem w przypadku Medicaid niż w przypadku ubezpieczenia komercyjnego.

Ponadto, 65,5% lekarzy postrzegało złożoność przypadku jako większy problem dla pacjentów z którymi mieli do czynienia za pośrednictwem Medicaid, niż w przypadku pacjentów posiadających ubezpieczenie komercyjne. Część lekarzy stwierdziła także, że potrzeby pacjentów Medicaid są bardziej złożone i obejmują one nie tylko fizyczną opiekę zdrowotną, ale także opiekę nad zachowaniami zdrowotnymi i nadużywaniem substancji, a także usługi społeczne i transport. Lekarze zwrócili również uwagę na fakt, że pacjenci Medicaid często mają bardziej skomplikowane życie, co może powodować, że wymagają oni nieproporcjonalnie większej ilości czasu i zasobów personelu medycznego.[462]

Niższe stawki refundacji wynikają między innymi ze sztucznie pobudzonego popytu oraz ze stanowych polityk kontrolowania kosztów poprzez ograniczenie stawek płatności, kontrolę kosztów leków na receptę oraz poprzez wdrażanie reform systemu płatności i dostaw.[463]

---

[460] Więcej na ten temat zob. https://www.libertyhealthshare.org/how-it-works.

[461] S. L. Decker, *In 2011 Nearly One-Third Of Physicians Said They Would Not Accept New Medicaid Patients, But Rising Fees May Help*, 12.08.2012, https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2012.0294 (dostęp: 28.09.2019).

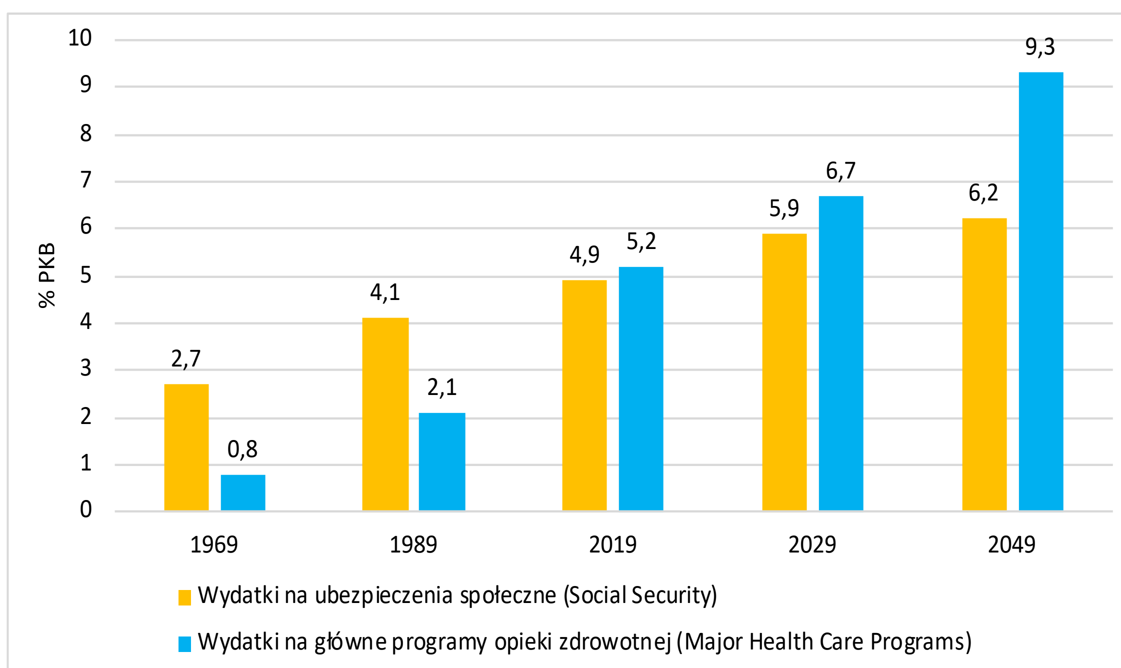
[462] S. K. Long, *Physicians May Need More Than Higher Reimbursements To Expand Medicaid Participation: Findings From Washington State*, 01.09.2019, https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2012.1010 (dostęp: 29.09.2019).

[463] R. Rudowitz, K. Orgera, E. Hinton, *Medicaid Financing: The Basics*, 21.03.2019, https://www.kff.org/report-section/medicaid-financing-the-basics-issue-brief/ (dostęp: 27.09.2019).

Podsumowanie

W 2018 r. łącznie liczone wydatki związane z programami Medicare, Medicaid, CHIP oraz ObamaCare stanowiły największą część (26%) budżetu federalnego.[464] Wg szacunków nakłady na te programy w przyszłości będą rosły o wiele szybciej niż nakłady na ubezpieczenia społeczne (social security) i w 2049 r. będą wynosiły już 9,3% PKB (w 2019 r. Było to 5,2% PKB), co obrazuje rysunek 25.

Rysunek 25. Historyczny i prognozowany udział poszczególnych rządowych wydatków federalnych jako procent PKB w poszczególnych latach



Źródło: opracowanie własne na podstawie: CBO, *The 2019 Long-Term Budget Outlook*, 01.06.2019, https://www.cbo.gov/system/files/2019-06/55331-LTBO-2.pdf (dostęp: 28.09.2019) [s. 20].

Uwagi: Do wydatków na główne programy opieki zdrowotnej (Major Health Care Programs) zalicza się: wydatki netto na Medicare (po odjęciu składek oraz innych wpływów wyrównawczych); wydatki na Medicaid/CHIP oraz wydatki przeznaczone na subsydia dla osób, który wykupiły swoje ubezpieczenia zdrowotne poprzez *rynki/giełdy* (Healthcare Insurance Marketplaces).

Jednak z perspektywy ekonomii, zdecydowanie ważniejsze jest pytanie o koszty ekonomiczno-społeczne jakie towarzyszą tym trendom. Prognozy sprzed kilku dekad

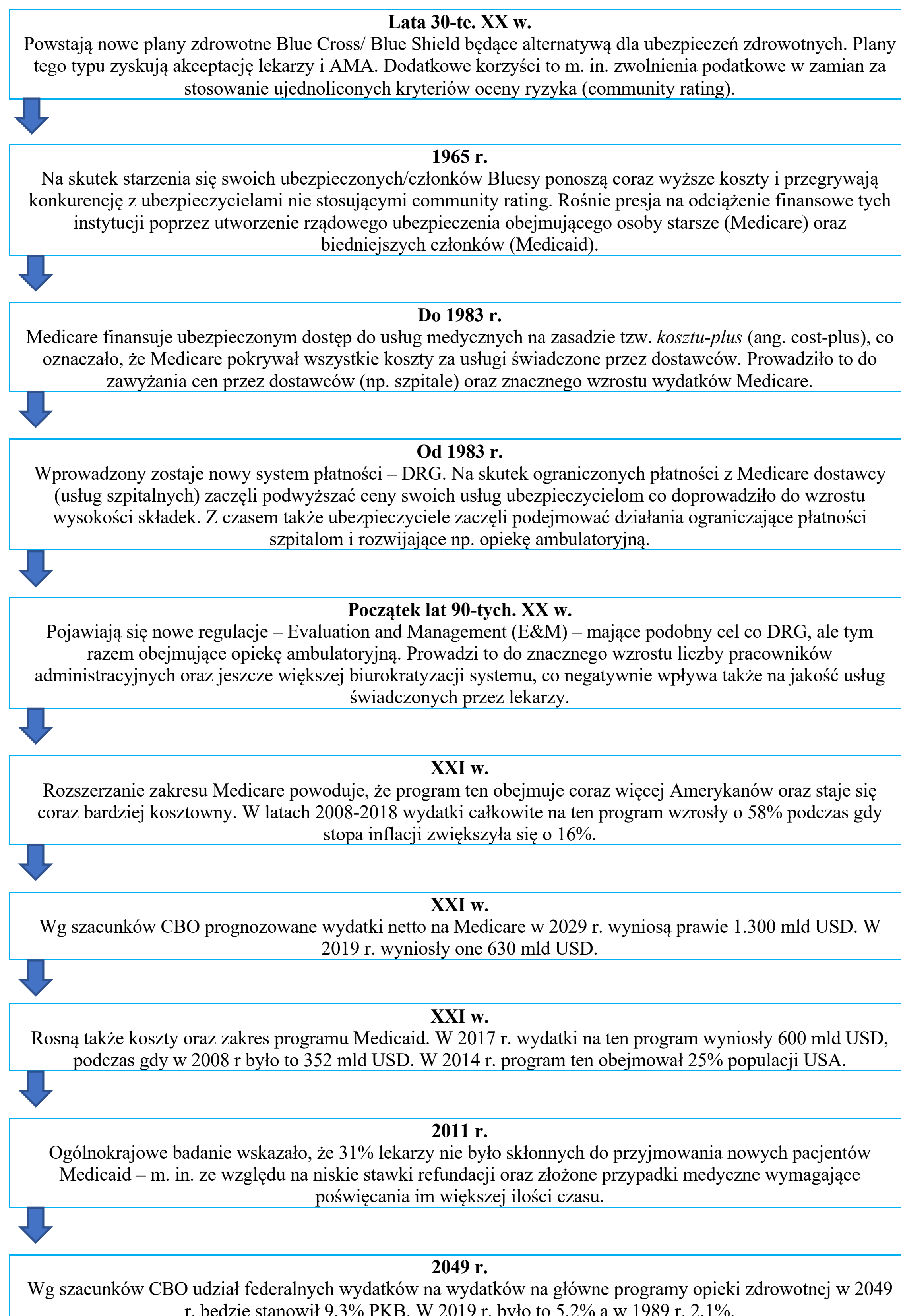
---

[464] J. Cubansky, T. Neuman, M. Freed, *The Facts on Medicare Spending and Financing*, 20.08.2019, https://www.kff.org/medicare/issue-brief/the-facts-on-medicare-spending-and-financing/ (dostęp: 28.09.2019).

również wskazywały na rosnące wydatki (zarówno nominalne oraz jako procent PKB). Teoria i doświadczenia pokazały, że większe nakłady nie muszą wcale oznaczać spowolnienia tempa ich wzrostu w przyszłości czy lepszej dostępności do usług medycznych.

Podsumowując, kluczowe regulacje/interwencje związane z rządowymi (publicznymi) programami zdrowotnymi oraz ich skutki przedstawia rysunek 26.

Rysunek 26. Kluczowe interwencje w obszarze rządowych programów zdrowotnych oraz ich skutki



Źródło: Opracowanie własne.

3.5. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne

Początki prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz konkurencja z planami Blue Cross/ Blue Shield

W poprzednich częściach tego rozdziału uwaga była poświęcona czynnikom podażowym oraz rządowym programom ubezpieczeń zdrowotnych jak Medicare czy Medicaid. Jednak, aby w pełni zrozumieć obecny kształt i problemy amerykańskiego systemu ochrony zdrowia należy przeanalizować powstanie i rozwój rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Obecnie ubezpieczenia zdrowotne odgrywają, *de facto*, kluczową rolę w tym systemie. Nie jest to jednak efekt nieskrępowanych procesów rynkowych, a raczej następujących po sobie rządowych interwencji zarówno na poziomie federalnym jak i stanowym. Ubezpieczenie często traktowane jest jako jedyna racjonalna rynkowa opcja finansująca dostęp do dóbr i usług medycznych dla której bardziej kosztowną alternatywę stanowią płatności bezpośrednie. Co jednak istotne, rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, na skutek wielu rządowych interwencji z przeszłości, została do pewnego stopnia wyolbrzymiona ze szkodą dla pozostałych rozwiązań rynkowych i samych ubezpieczeń. Współcześnie, prawie co drugi Amerykanin (jako pracownik lub członek rodziny) posiada dostęp do usług medycznych dzięki prywatnym ubezpieczeniom zapewnianym przez pracodawcę, których koszty także systematycznie rosną. Oznacza to, że w rynkowych dążeniach do zmniejszenia wydatków (lub tempa ich wzrostu) przeznaczanych na opiekę zdrowotną należy wziąć pod uwagę nie tylko rządowe programy zdrowotne, ale także rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.[465]

Chociaż współczesnym Amerykanom może wydawać się to nieprawdopodobne, to na przełomie XIX i XX w. prywatne ubezpieczenia zdrowotne odgrywały marginalną rolę w amerykańskim systemie ochrony zdrowia. Należy jednak zaznaczyć, że ze względu na poziom medycyny i technologii, były to zupełnie inne realia niż obecnie czy chociażby w połowie XX w. Na początku XX w. największym problemem nie były, jak obecnie

[465] Kaiser Family Foundation, *Pulling It Together: Rising Health Costs Are Not Just a Federal Budget Problem*, 23.09.2011, https://www.kff.org/health-costs/perspective/pulling-it-together-rising-health-costs-are/ (dostęp: 18.03.2020).

wysokie rachunki za usługi medyczne, ale utracone dochody wywołane chorobą czy wypadkiem pracownika. Sytuacja była tym bardziej trudna, jeśli dany pracownik był głównym żywicielem swojej rodziny. Melissa Thomasson z Uniwersytetu w Miami jako dobry przykład tego stanu rzeczy przytacza badanie przeprowadzone w 1919 r. w stanie Illinois, które pokazało, że utracone zarobki na skutek choroby pracownika były czterokrotnie wyższe niż wydatki medyczne związane z leczeniem choroby. Opłacanie ubezpieczenia zdrowotnego mijało się więc z celem. Zamiast niego większym zainteresowaniem cieszyły się *ubezpieczenia chorobowe* pokrywające utracone dochody lub ich część w momencie wystąpienia choroby.[466]

Tego rodzaju *nieubezpieczanie się* nie było więc efektem braku dostępu do informacji, niewiedzy czy ignorancji pracowników, ale bardziej świadomym działaniem wynikającym z ekonomicznej (finansowej) kalkulacji. Postęp w medycynie na przełomie XIX i XX w. zaczął dopiero nabierać rozpędu, dzięki czemu stopniowo zaczęła ona odgrywać coraz istotniejszą rolę w procesie leczenia, który zaczął się *przenosić się* z domów do szpitali czy gabinetów lekarskich. Nie bez znaczenia było także pojawienie się rządowych licencji dla lekarzy czy szpitali (o czym była mowa w podrozdziale 3.2.). Tendencje te doprowadziły do zmiany postrzegania medycyny przez społeczeństwo. Na początku XX w. pacjenci zaczęli pokładać w medycynie coś więcej niż samą tylko wiarę w ich wyleczenie. Dodatkowym aspektem było rosnące przeświadczenie o rosnącej skuteczności metod leczenia czy leków.[467]

Tak więc, z jednej strony wzrost popytu (w mniejszym stopniu), a z drugiej strony sztuczne ograniczenia podaży lekarzy czy szpitali (w większym stopniu) przyczyniły się do wzrostu kosztów opieki zdrowotnej w USA na początku XX w. Istotne w tej kwestii jest to, że zjawiska te następowały wraz z pojawianiem się nowych odkryć i technologii w medycynie, co w ostateczności, doprowadziło do przekonania, że to sama technologia jest odpowiedzialna za wzrost kosztów. Takie były też wnioski utworzonego w 1925 r. Komitetu ds. Kosztów Opieki Medycznej (Committee on the Cost of Medical Care) mającego zbadać przyczyny wzrostu kosztów. Jednak faktycznie, główną przyczyną tego

[466] M. Thomasson, *Health Insurance in the United States*, 17.04.2003, https://eh.net/encyclopedia/health-insurance-in-the-united-states/ (dostęp: 18.03.2020).

[467] Ibidem; C. E. Rosenberg, *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System*, Basic Books, Nowy Jork 1987, s. 150.

stanu rzeczy były licencje obejmujące lekarzy czy szpitale narzucane im przez, mające rządowe wsparcie, instytucje jak np. Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne (American Medical Association – AMA).

Sam wzrost popytu, bez trwałych ograniczeń po stronie podażowej, nie mógł przyczynić się do wzrostu kosztów. Wynika to po pierwsze z faktu, że każdy konsument posiada ograniczone środki finansowe i poważnie się zastanowi zanim wyda je na konkretne dobro czy usługę. Po drugie, w tamtym okresie rynek finansowania usług medycznych nie był jeszcze zdominowany przez płatników trzeciej strony, więc konsument był bardziej *wrażliwy* cenowo niż obecnie. Po trzecie, naturalną reakcją nieskrępowanego rynku na rosnący popyt jest oferowanie produktów bardziej jakościowych i tańszych niż konkurencja. Jeśli na danym rynku pojawia się nowy, zaawansowany technologicznie produkt zyskujący coraz większe zainteresowanie wśród konsumentów, to konkurenci pragnący wejść na ten rynek muszą zaoferować przynajmniej produkt o podobnej jakości, ale w niższej cenie (dodatkową przewagą lidera jest to, że jako pierwszy wprowadził innowację i zyskał zaufanie). I po czwarte, w przypadku nowego i zaawansowanego dobra lub usługi trudno jest mówić o wzroście cen, gdyż jest to produkt unikalny, który nie miał w przeszłości swoich odpowiedników. Ponadto, rolą przedsiębiorcy jest zaspokajanie potrzeb konsumentów. Jeśli wg konsumentów takie produkty przynoszą im korzyści, nabywają je nawet za *wyższą* cenę, gdyż uważają, że to poprawia ich sytuację. Procesy rynkowe nie prowadzą jednak do wprowadzania kolejnych droższych dóbr czy usług, które nabywają coraz bardziej zdesperowani konsumenci. Jest wręcz odwrotnie i, jak wskazuje Thomas DiLorenzo, takich przypadków w historii gospodarki USA było bardzo wiele:

W latach 20. dwudziestego wieku trzeba było pracować 79 godzin, by nabyć porządny męski garnitur; dzisiaj wystarczy mniej niż połowa tego czasu. Na początku dwudziestego stulecia przeciętna amerykańska rodzina przeznaczała trzy czwarte dochodu na żywność, odzież i mieszkanie; dzisiaj przeznacza na to około jednej trzeciej zarobków i nawet podatki kosztują ją więcej.

W 1908 roku typowy amerykański pracownik musiał pracować dwa lata, by zarobić na przeciętny samochód. Dzisiaj Ford Taurus kosztuje amerykańskiego pracownika osiem miesięcy pracy, lecz samochód ten jest technologicznym cudem w porównaniu z samochodami z dawnych lat, mając na wyposażeniu klimatyzację, elektrycznie dopasowywane siedzenia, różne urządzenia służące bezpieczeństwu, kontrolę trakcji, szyberdach, przyciemniane szyby, odtwarzacz CD, itd. W 1970 roku komputer IBM kosztował około

4,7 miliona dolarów; dzisiaj komputer osobisty, który działa trzynaście razy szybciej można nabyć za mniej niż 1000 dolarów.[468]

Zatem, pogląd mówiący o tym, że technologia prowadzi do wzrostu kosztów dóbr i usług medycznych w USA ma swoje źródła w wydarzeniach sprzed około 100 lat i wcześniej. Warto także dodać, że o ile w latach 20-tych XX w. za wzrostem kosztów stały czynniki podażowe, tak po II Wojnie Światowej większą rolę odgrywały już czynniki popytowe z płatnikami trzeciej strony na czele (Blue Cross, Blue Shield, komercyjne ubezpieczenia zdrowotne, Medicare i Medicaid). Dawne realia rzutowały również na debatę dotyczącą wprowadzenia powszechnego (publicznego) ubezpieczenia zdrowotnego. Debata z lat 20-tych XX w. dotyczyła wprowadzenia ubezpieczenia zdrowotnego bardziej przypominającego ubezpieczenie chorobowe czy ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa. Z kolei, proponowane rozwiązania w latach 30-tych mówiły już bardziej o ubezpieczeniu zdrowotnym finansującym dostęp do usług szpitalnych itp.

Jednakże, brak odpowiedniej technologii medycznej nie był jedyną przyczyną marginalnego udziału prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu Amerykanom dostępu do usług medycznych na początku XX w. Innym problemem była swego rodzaju *bariera aktuarialna*. Towarzystwa ubezpieczeniowe obawiały się bowiem wystąpienia zjawiska negatywnej selekcji i jej dalszej konsekwencji w postaci pokusy nadużycia. Obawy te wynikały z braku posiadania dostatecznych informacji na temat stanu zdrowia potencjalnych ubezpieczonych, co skutkowało bardzo ograniczonymi możliwościami oszacowania odpowiednich składek, adekwatnych do reprezentowanego ryzyka. Można zatem stwierdzić, że zdrowie jako przedmiot ubezpieczenia było wówczas nieubezpieczalne. Co ciekawe, rozwiązanie skutkujące dynamicznym rozwojem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jeszcze w I połowie XX w. nie pochodziło od samych towarzystw ubezpieczeniowych, ale miało swoje korzenie w rozwiązaniach stosowanych przez konkurencję w postaci Blue Cross i Blue Shield.[469] Instytucje te w latach 30-tych XX w. zaczęły oferować swoje własne plany zdrowotne funkcjonujące na zasadzie przedpłaconej opieki zdrowotnej. Ich sposób funkcjonowania był więc

[468] T. DiLorenzo, *Jak kapitalizm zbudował Amerykę*, Wydawnictwo PROHIBITA, Warszawa 2010, s. 43-45.

[469] Więcej informacji na temat funkcjonowania tych instytucji zostało przedstawionych w podrozdziale 3.4.

zdecydowanie bliższy współczesnym sieciom medycznym oferującym abonamenty niż działalności towarzystw ubezpieczeniowych stosujących metody aktuarialne w celu kalkulacji ryzyka ubezpieczeniowego. Z perspektywy branży ubezpieczeniowej kluczowe było to, że instytucje te znalazły prosty oraz skuteczny sposób na ograniczenie problemu pokusy nadużycia, który również ich dotyczył. Rozwiązaniem tym było skupienie swojej działalności biznesowej na oferowaniu planów zdrowotnych tylko grupom zatrudnionych pracowników.[470]

Pokusa nadużycia jest działaniem celowym, które prowadzi do zwiększania korzyści osiąganych przez beneficjenta, który nie jest obciążany dodatkowymi kosztami z tego tytułu. W przypadku ubezpieczeń zdrowotnych może to być płacenie niższej składki przez osoby chore, które ukryły przed ubezpieczycielem informacje o swoim stanie zdrowia. W dalszej konsekwencji prowadzi to do zawyżonych start ubezpieczycieli, co może skutkować destabilizacją całego programu ubezpieczenia. Chociaż współcześnie ubezpieczenia zdrowotne oferowane grupom pracowników nie są niczym niezwykłym, to około 100 lat temu było to rozwiązanie jednocześnie proste i innowacyjne. Podejmowanie pracy w przedsiębiorstwie miało na celu, co oczywiste, uzyskanie odpowiednich dochodów a nie ubezpieczenia zdrowotnego, tak jak mogło to być w przypadku pojedynczych osób chcących ubezpieczyć się indywidualnie. Zatem, w przypadku ubezpieczenia pracowników problem pokusy nadużycia nie stanowił już bariery nie do przejścia.

Ostatecznie, sukces jaki odniosły Blue Cross i Blue Shield z własnymi planami zdrowotnymi oraz dalsze obiecujące perspektywy rozwoju tego rynku skłoniły towarzystwa ubezpieczeniowe do działania. Mimo, że ubezpieczyciele nie byli na tym rynku pierwsi, to ich ekspansja następowała bardzo szybko i w bardzo krótkim czasie stały się one głównym instytucjonalnym konkurentem dla planów Blue Cross/Blue Shield. O ile w latach 40-tych XX w. w planach Blue Cross/Blue Shield było zapisanych więcej uczestników, to już na początku następnej dekady sytuacja zmieniła się na korzyść towarzystw ubezpieczeniowych. Przykładowo, wg statystyk w 1940 r. usługami szpitalnymi w planach Blue Cross/Blue Shield objętych było nieco ponad 6 mln osób w porównaniu do 3,7 mln osób posiadających grupowe i indywidualne ubezpieczenia

[470] M. Thomasson, *Health Insurance in the United States*, 17.04.2003, https://eh.net/encyclopedia/health-insurance-in-the-united-states/ (dostęp: 18.03.2020).

zdrowotne. Z kolei w 1955 r., mimo znacznego wzrostu liczby uczestników planów Blue Cross/Blue Shield do prawie 49 mln (wzrost o ponad 700%), większym zainteresowaniem cieszyły się już prywatne ubezpieczenia zdrowotne, którymi objętych było ponad 57 mln osób (wzrost o prawie 1500%).[471]Podobne szacunki są przywoływane przez Instytut Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Institute) wg którego w 1951 r. szpitalnymi ubezpieczeniami grupowymi lub indywidualnymi oferowanymi przez komercyjne towarzystwa ubezpieczeniowe zostało objętych 41,5 mln osób, a *tylko* 40,9 mln osób było objętych planami Blue Cross i Blue Shield.[472] Szczegółowe informacje na ten temat zawierają rysunki 27 i 28.

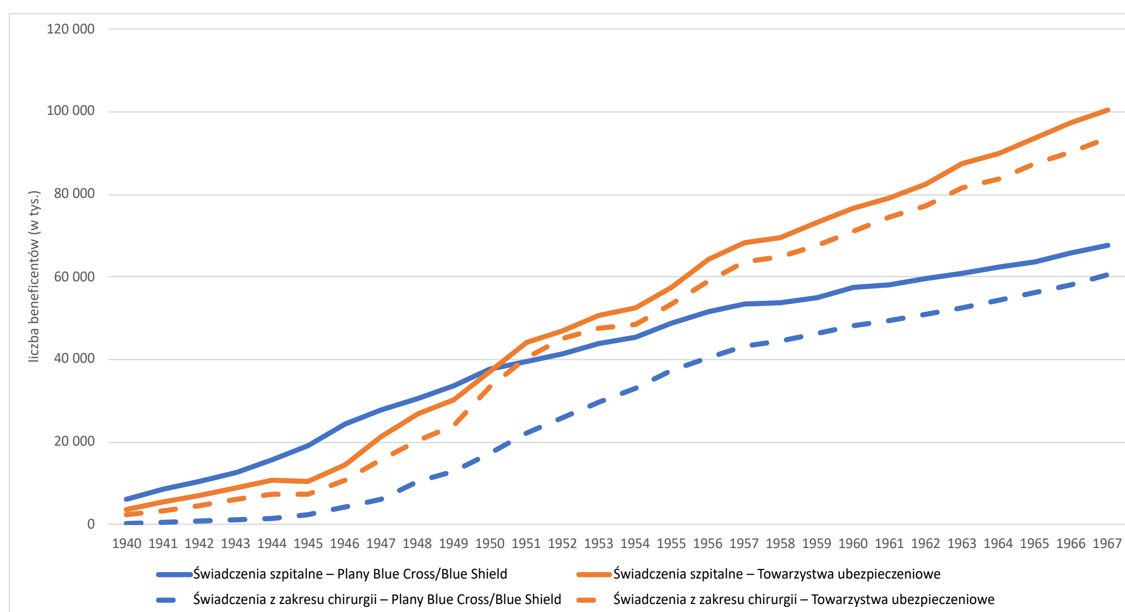
Zaprezentowane dane pokazują również, że ubezpieczyciele od początku rywalizacji mieli więcej uczestników zapisanych do planów oferujących świadczenia z zakresu chirurgii. Uzyskanie przez nich przewagi również w obszarze usług szpitalnych wynikało między innymi z różnic w funkcjonowaniu tych instytucji. Towarzystwa ubezpieczeniowe były instytucjami nastawionymi na zysk, a komercyjny charakter ich działalności okazał się być ważnym czynnikiem w uzyskaniu tej przewagi. W przeciwieństwie do ubezpieczycieli, Blue Cross i Blue Shield były instytucjami *non-profit*, co jak zostało przedstawione w poprzednim podrozdziale dawało im kilka istotnych korzyści, między innymi podatkowych. Jednak, korzyści te miały także swoją *cenę* w postaci zobowiązania się tych instytucji do stosowania równej składki (community rating) wobec wszystkich uczestników programu.[473]

[471] L. S. Reed, W. Carr, *Private Health Insurance in the United States, 1967*, „Social Security Bulletin" 1969, nr 2, s. 9.

[472] Health Insurance Institute, *Source Book of Health Insurance Data, 1965*, Health Insurance Institute, Nowy Jork 1966, s. 14.

[473] M. Thomasson, *From Sickness to Health: The Twentieth-Century Development of U.S. Health Insurance*, „Explorations in Economic History" 2002, nr 39, s. 233-253.

Rysunek 27. Liczba beneficjentów w danych planach zdrowotnych w latach 1940-1967

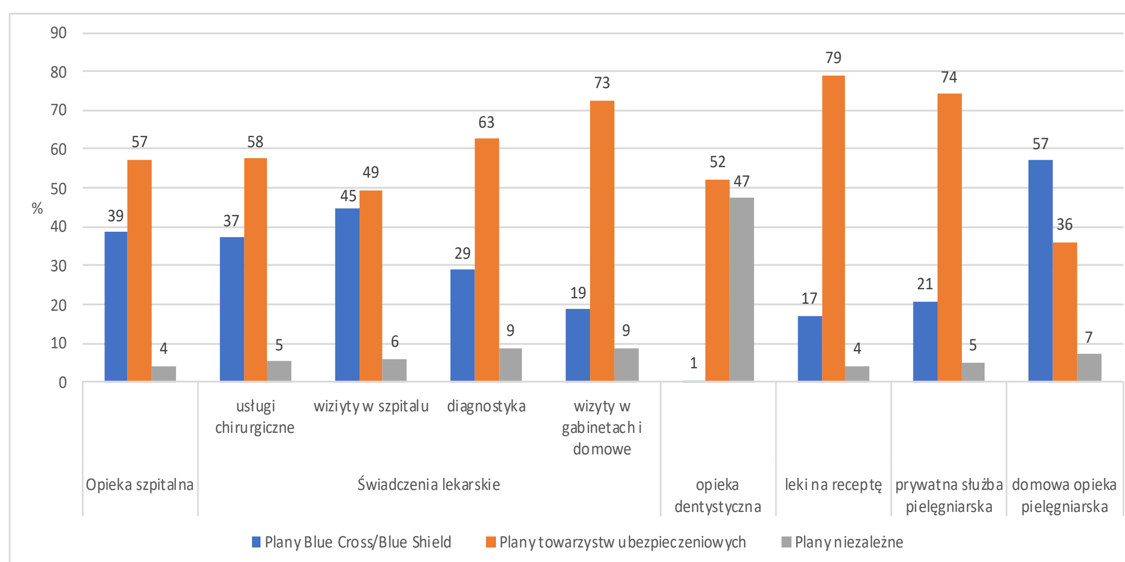


Źródło: opracowanie własne na podstawie: L. S. Reed, W. Carr, *Private Health Insurance in the United States, 1967*, „Social Security Bulletin" 1969, nr 2, s. 9; L. S. Reed, *Private Health Insurance: Coverageand Financial Experience, 1940-66*, „Social Security Bulletin" 1967, nr 11, s. 12.

Uwagi: Oprócz oferty Blue Cross/Blue Shield i ubezpieczycieli do planów zdrowotnych zaliczyć można różnego rodzaju plany niezależne jak np. plany: wspólnot konsumenckich, związków pracodawców i pracowników, społeczności medycznych czy prywatnych klinik grupowych. Ich udział był jednak marginalny: w 1967 r. liczba beneficjentów mogących korzystać ze świadczeń szpitalnych wynosiła nieco ponad 7 mln (4% wszystkich beneficjentów), a ze świadczeń z zakresu chirurgii 8,5 mln (5% wszystkich beneficjentów).

Dla lepszej klarowności wyników, wartości podane dla uczestników zapisanych do planów ubezpieczycieli nie duplikują się. Uczestnicy w ciągu danego roku mogli być zapisani np. ubezpieczenia indywidualnego po czym, po znalezieniu nowej pracy, mogli przystąpić do ubezpieczenia pracowniczego.

Rysunek 28. Udział wszystkich beneficjentów (w proc.) mających dostęp do poszczególnych świadczeń w danych planach



Źródło: opracowanie własne na podstawie: L. S. Reed, W. Carr, *Private Health Insurance in the United States, 1967*, „Social Security Bulletin" 1969, nr 2, s. 7.

Brak dyskryminacji cenowej mógł być mniej odczuwalny w grupach, w których znaczny odsetek stanowiły np. osoby starsze, gdzie liczba potencjalnie niezadowolonych młodszych i zdrowszych osób była mniejsza. Z kolei, jeśli np. Blue Cross zgłaszał się z ofertą do dużego przedsiębiorstwa zatrudniającego w większości relatywnie młodych i zdrowych pracowników, to konkurencyjna oferta towarzystwa ubezpieczeniowego była dla pracodawcy i pracowników bardziej atrakcyjna – właśnie z uwagi no możliwość różnicowania składek dla poszczególnych grup pracowników. Oczywiście, towarzystwa ubezpieczeniowe potrafiły znakomicie wykorzystać tę *lukę* i oferowały bardziej konkurencyjne cenowo ubezpieczenia, gdyż kalkulacja ryzyka w oparciu o metody aktuarialne była (i nadal jest) rdzeniem ich działalności. Nieskrępowana regulacjami działalność ubezpieczycieli prowadziła zatem do spadku cen w stosunku do oferty konkurentów.

Co ciekawe, doszło nawet do sytuacji, w której Blue Cross i Blue Shield, chcąc pozostać konkurencyjne, zaczęły nawet odchodzić od stosowania community rating tracąc w ten sposób rządowe wsparcie. Zmusił ich do tego niejako ich status organizacji *non-profit* oraz rosnące problemy ze starszymi pacjentami generującymi coraz wyższe koszty dla szpitali. Tymczasem prywatni ubezpieczyciele stosujący kalkulację opartą na ryzyku nie mieli takich problemów.[474]

Zjawiska te dobrze obrazują w jaki sposób rozwój ubezpieczeń przyczynił się do poprawy milionom Amerykanów dostępności do dóbr i usług medycznych. W tym miejscu należy także zwrócić uwagę na jeszcze jedną bardzo istotną kwestię. Ubezpieczenia zdrowotne, zwłaszcza w swojej grupowej (pracowniczej) formie, obecne są bardziej w obszarach miejskich i bardziej uprzemysłowionych niż mniejszych miejscowościach. Można zatem odnieść wrażenie, że rynek ubezpieczeń nie funkcjonuje należycie. Podobne argumenty mogą zostać podniesione np. w kwestii uzyskiwania lepszych warunków ubezpieczenia przez osoby młodsze itp.[475] Problem z tego typu *zarzutami* polega jednak na tym, że ich rzekoma trafność opiera się tak naprawdę na normatywnym założeniu, że każdy powinien mieć dostęp do ubezpieczenia czy płacić

[474] P. Jeurissen, *For-profit Hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries*, Erasmus Univeristy Press, Rotterdam 2010, s. 47.

[475] Congressional Budget Office, *The Tax Treatment of Employemnt-Based Health Insurance*, Congressional Budget Office, USA 1994, s. 5.

taką samą, *sprawiedliwą* składkę itp. Zarówno teoria jak i doświadczenie pokazują, że korzyści wynikające z rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych są pewnego rodzaju *bonusem* zwalniającym część społeczeństwa z ponoszenia wyższych kosztów w skutek pojawienia się nieporządanych zdarzeń w przyszłości jak np. choroba. Istnieje wiele uwarunkowań (omówionych w rozdziale 1) rzutujących na kształt nieskrępowanego rynku ubezpieczeń zdrowotnych, które dają możliwości objęcia takim ubezpieczeniem większej lub mniejszej części społeczeństwa.[476] W istocie, również w tym sektorze gospodarki, podstawową (w sensie ekonomicznym) funkcję pełnią płatności bezpośrednie tak jak na wielu innych rynkach, od funkcjonowania których również zależy byt społeczeństwa. Dobra i usługi takie jak żywność, odzież czy chociażby transport bez wątpienia są kluczowe dla utrzymania podstawowego standardu życia a mimo to dostęp do nich nie jest finansowany przez ubezpieczenie w tak szerokim zakresie jak ma to miejsce w przypadku dóbr i usług medycznych.

Pracownicze ubezpieczenie zdrowotne jako alternatywa dla wyższego wynagrodzenia

Historia gospodarcza USA pokazuje również, że technologia i procesy konkurencji nie były jedynymi czynnikami stojącymi za rosnącą liczbą Amerykanów posiadających określony plan zdrowotny. Istotny wpływ na rosnącą popularność tych planów miały także rządowe regulacje. Jak się okazuje, przystąpienie USA do działań wojennych podczas II Wojny Światowej miało swoje daleko idące implikacje również dla rynku ubezpieczeń zdrowotnych. Gospodarka, oprócz przestawienia struktury produkcji na działania wojenne, podlegała także innych regulacjom do których zaliczyć należy kontrolę cen. Kontrola cen w tym przypadku oznaczała ustanowienie cen maksymalnych na wiele dóbr i usług. Rozwiązania takie są często stosowane przez państwa w różnych *szczególnych* sytuacjach. Warto zaznaczyć, że w przypadku przystąpienia danego kraju do wojny wzrost cen dóbr podstawowych nie jest niczym nadzwyczajnym. Ceny wzrastają między innymi z uwagi na rosnący niepokój i idący za nim wzrost popytu, zwiększenie produkcji militarnej kosztem dóbr i usług podstawowych

[476] Towarzystwa ubezpieczeniowe sukcesywnie rozwijały swoje produkty poprzez lepszą ocenę ryzyka, dzięki czemu rosła również liczba osób ubezpieczonych indywidualnie a nie tylko i wyłącznie ubezpieczonych przez pracodawcę.

czy pobór do wojska mężczyzn i kobiet w wieku produkcyjnym. Dlatego rządy państw uczestniczących w działaniach wojennych często wprowadzały kontrolę cen. Nie poprawiało to jednak sytuacji społeczeństwa, gdyż brak zachęty w postaci odpowiednio wysokich zysków negatywnie wpływał na i tak ograniczoną już produkcję dóbr podstawowych oraz prowadził do rozwoju czarnych rynków.

W omawianym przypadku istotne jest to, że kontrola cen objęła również rynek pracy[477]. Pracodawcy, na skutek ograniczenia siły roboczej zaczęli konkurować o bardziej wykwalifikowanych pracowników. Efektem tej konkurencji były rosnące płace, które również poddane zostały kontroli (płaca jest ostatecznie ceną jaką pracodawca musi zapłacić za usługi świadczone przez pracownika). Tak jak w przypadku kontroli pozostałych cen taka regulacja nie mogła być skuteczna, gdyż nie usuwała głównej przyczyny rosnących płac, czyli ograniczonej podaży siły roboczej wywołanej wojną. Potrzeby pracodawców również nie zniknęły z dniem wprowadzenia maksymalnego poziomu płac. Przedsiębiorcy, jak to często bywa, dostosowali się do zaistniałej sytuacji i *de facto* zmienili formę ponadnormatywnego wynagrodzenia. [478] Zamiast, zabronionego już prawem, wyższego wynagrodzenia, w ramach *rekompensaty*, zaczęto oferować pozapłacowe benefity pracownicze w postaci planów/ubezpieczeń zdrowotnych.

Jak zostało już wcześniej wspomniane, rynek ten od lat 30-tych XX w. dobrze się rozwijał i obejmował coraz większą liczbę Amerykanów, a szczególnie ważne dla ubezpieczycieli czy ich konkurentów w postaci Blues Cross/Blue Shield było to, że składka (lub jej część) jaką pokrywał pracodawca była zwolniona z podatku dochodowego – pracownicy nie ponosili więc dodatkowych kosztów w całkowicie lub częściowo sponsorowanych przez pracodawców planach zdrowotnych. Było to efektem założeń przyjętych w przeszłości przez amerykański Urząd Podatkowy (Internal Revenue Service – IRS). IRS od 1913 r. interpretował ubezpieczenia zdrowotne i wypadkowe opłacane w całości lub częściowo przez pracodawców jako dodatkowe świadczenia pracownicze niepodlegające opodatkowaniu. IRS nie wydał jednak

---

[477] Kontrola cen (i płac) została uchwalona w *Ustawie o stabilizacji* (The Stabilization Act of 1942) z 3. października 1942 r.

[478] Warto dodać, że karą za niedostosowanie się do nowego prawa była grzywna w wysokości 1.000 USD, pozbawienie wolności na okres jednego roku lub obie kary jednocześnie. Były to więc dosyć surowe przepisy.

jednoznacznego orzeczenia w tej sprawie, aż do 1943 r. (IRS uznał wówczas, że świadczenia niewypłacane w gotówce nie powinny podlegać opodatkowaniu). Ostatecznie, stanowisko Urzędu zostało wzmocnione przez Kongres, który w 1954 r. uchwalił sekcję 106 w amerykańskim Kodeksie Podatkowym (Internal Revenue Code) stanowiącą, że składki pracodawców na ubezpieczenie zdrowotne i wypadkowe są również zwolnione z podatków od wynagrodzeń (payroll taxes[479]).

Te nowe regulacje prawne wpłynęły jeszcze bardziej na rosnącą popularność prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Nie był to już jednak efekt całkowicie nieskrępowanych procesów rynkowych, ale regulacji związanych z prawem podatkowym. Ponadto, część składek płaconych przez pracowników podlega odliczeniu od podatku dochodowego (tax deductible), co w zasadzie zmniejsza koszt ubezpieczenia zdrowotnego. Jednak, pracownicy nie mogą już liczyć na podobne ulgi podatkowe w przypadku wydatków bezpośrednich na usługi medyczne, ubezpieczeń indywidualnych, ubezpieczeń samochodowych (autocasco) czy ubezpieczeń domów. W pewnym stopniu, ubezpieczenie zdrowotne stało się więc dodatkowym narzędziem do zmniejszania obciążeń podatkowych. Takie korzyści są jedynie pokłosiem regulacji cen i płac z okresu II Wojny Światowej (co dobrze pokazuje, że raz podjęte interwencje w *wyjątkowych* sytuacjach na trwałe stają się elementem gospodarki).

Dalsze regulacje ubezpieczycieli zdrowotnych

Powyższe czynniki przyczyniły się do znaczącego wzrostu liczby ubezpieczonych (zwłaszcza przez pracodawcę) Amerykanów. Wg szacunków Amerykańskiego Stowarzyszenia Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Association of America – HIAA), w 1940 r. jedynie 10% społeczeństwa posiadało (indywidualnie lub grupowo) prywatny plan zdrowotny, podczas gdy 1970 r. było już 80%, a w połowie lat 70-tych i na początku lat 80-tych ponad 80% populacji.[480] Później odsetek ten zaczął spadać między innymi z powodu przechodzenia części z nich na emeryturę.

---

[479] Congressional Budget Office, *The Tax Treatment of Employemnt-Based Health Insurance*, Congressional Budget Office, USA 1994, s. 5.

[480] Health Insurance Association of America, *1991 Source Book of Health Insurance Data*, Health Insurance Association of America, Waszyngton 1992.

O ile, przepisy podatkowe wpłynęły na popularność grupowych ubezpieczeń zdrowotnych, to rynek ubezpieczeń funkcjonował na względnie liberalnych zasadach. Prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe kalkulowały ryzyko opierając się na danych statycznych a przyszłe problemy planów przedpłaconej opieki zdrowotnej (Blue Cross/Blue Shield) związane ze starzejącymi się beneficjentami[481] i jednakowymi składkami nie były jeszcze tak widoczne. Niemniej, powyższe uwarunkowania wskazywały na pewnego rodzaju *rysy*, które wraz z kolejnymi interwencjami doprowadziły do poważnych *pęknięć*, w wydawałoby się rynkowym, a w gruncie rzeczy coraz bardziej interwencjonistycznym systemie ochrony zdrowia.

Kluczowe w tym procesie okazały się kolejne regulacje obejmujące ubezpieczycieli. Obecnie, rynek ubezpieczeń objęty jest bardzo wieloma przepisami, które mają swoje korzenie w Antytrustowej Ustawie Shermana (Sherman's Antitrust Act) z końca XIX w. mającej w swoim zamierzeniu przeciwdziałać praktykom monopolistycznym.[482]

Ustawa ta wpłynęła w znaczący sposób na rynek ubezpieczeń w postaci wymogu tzw. *przystępności cenowej*. Oznacza to, że w większości stanów ubezpieczyciele muszą mieć zatwierdzone stawki ubezpieczeniowe, jeśli na ich podstawie chcą sprzedawać swoje produkty. Wcześniej ubezpieczyciele praktykowali udostępnianie danych dotyczących roszczeń, aby na ich podstawie ustalić odpowiednie stawki i składki. Jeśli dane te były rzetelne oraz odpowiednio liczne, dawało to firmom ubezpieczeniowym lepsze możliwości w zarządzaniu swoją działalnością, oferowaniem lepiej wycenionych produktów oraz rozszerzaniu swojej aktywności na nowe rynki. Dla rynku ubezpieczeń regulacje związane z Ustawą Shermana weszły w życie w 1944 r. na podstawie orzeczenia Sądu Najwyższego uznającego, że ubezpieczenie jest elementem handlu międzystanowego i z tego tytułu działalność firm ubezpieczeniowych powinna być regulowana przez Kongres. Oznaczało to zakazanie praktyk udostępniania danych stosowanych wcześniej na tym rynku. Wynikało to z tego, że wg założeń Ustawy dany ubezpieczyciel może dzięki takim danym zdobyć znaczny udział w rynku i narzucić ceny monopolowe. Prawdziwy problem, abstrahując od słuszności założeń Ustawy

[481] Problem ten został przedstawiony w podrozdziale 3.4.

[482] PWN, *Shermana ustawa antytrustowa*, brak daty, https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Shermana-ustawa-antytrustowa;3974569.html (dostęp: 20.03.2020).

Shermana,[483] polegał jednak na tym, że zakaz ten obejmował rdzeń działalności towarzystw ubezpieczeniowych i jego egzekwowanie skutkowałoby znacznym ograniczeniem ich funkcjonowania. Dlatego, w 1945 r. wprowadzona została ustawa McCarrana-Fergusona (McCarran-Ferguson Act), dzięki której towarzystwa ubezpieczeniowe mogły dalej stosować wcześniej wypracowane metody ustalania stawek i tym samym składek produktów ubezpieczeniowych. Było to jednak równoznaczne z przyznaniem władzom stanowym dodatkowych uprawnień do *ochrony* klientów przed potencjalnymi praktykami monopolistycznymi.[484] Z punktu widzenia rządu, ingerencja w proces ustalania stawek (i tak naprawdę cen) była więc naturalną konsekwencją zgody na zachowanie dotychczasowych, niezbędnych praktyk stosowanych przez ubezpieczycieli polegających na udostępnianiu danych dotyczących roszczeń. Tym sposobem ustawy Shermana oraz McCarrana-Fergusona dały początek wielu interwencjom, na poziomie stanowym, które objęły rynki ubezpieczeń zdrowotnych i w następnych dekadach coraz bardziej zaczęły wpływać na ich funkcjonowanie.

W istocie, rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych był rynkiem podlegającym coraz większej ilości regulacji – zwłaszcza na poziomie stanowym. Regulacje te w znaczący sposób wpłynęły na działalność towarzystw ubezpieczeniowych, tym samym powoli wypaczając istotę zawierania takich umów. Kilka ich przykładów podaje Warren Gibson:

- Ubezpieczyciele nie mogą oferować ogólnokrajowych planów zdrowotnych. Tym samym niemożliwe staje się łączenie osób z różnych stanów w jedną grupę ryzyka, co wpływa na wyższe ceny ubezpieczeń oraz przyczynia się do kartelizacji ubezpieczeń zdrowotnych w poszczególnych stanach.

- Pracownicy otrzymują ulgi podatkowe dzięki ubezpieczenim zdrowotnym zawieranym przez pracodawcę, co ogranicza ich motywację do oszczędzania na opiece zdrowotnej przyczyniając się jednocześnie do podnoszenia cen dla indywidualnych nabywców.
Pracownicy pozostają także mniej chętni do zmiany pracy z obawy przed utratą ubezpieczenia.

- Stanowe regulacje zabraniają wykluczania wskazanych ryzyk z ochrony ubezpieczeniowej, nawet jeśli wcześniej ubezpieczeni podlegali takim planom.

---

[483] Więcej na temat krytyki Ustawy Shermana zob. T. DiLorenzo, *The Antitrust Economists' Paradox*, „Austrian Economics Newsletter” 1991, brak numeru, s. 1-6.

[484] J. Iwanik, *The Regulated Insurance Market*, 17.11.2009, https://mises.org/library/regulated-insurance-market (dostęp: 24.03.2020).

- Wiele stanów zabroniło dyskryminacji cenowej opartej na podstawie stanu zdrowia ubezpieczonego.

- Prawo zakazuje także tworzenia planów zdrowotnych, które umożliwiłyby organizacjom takim jak kościoły czy grupy obywatelskie łączenie ryzyka i tworzenia własnych alternatyw na rynku.[485]

Zwłaszcza, zakaz dyskryminacji cenowej w oparciu o poszczególne czynniki ryzyka czy wymaganie pokrywania określonych świadczeń w zakresie ubezpieczenia spowodowały, że towarzystwa ubezpieczeniowe zaczęły tracić swoje atrybuty dzięki którym w przeszłości zdobywały przewagę rynkową nad planami Blue Cross i Blue Shield. W istocie, różnice pomiędzy planami zdrowotnymi oferowanymi przez te instytucje zaczęły się zacierać, ze szkodą dla ubezpieczonych. Oznaczało to także nasilanie się niekorzystnych zjawisk, których na początku XX w. tak obawiały się towarzystwa ubezpieczeniowe, a mianowicie negatywnej selekcji i pokusy nadużycia.

Ich nasilenie było jednak efektem regulacji stanowych wymagających między innymi przyjmowania do ubezpieczenia wszystkich chętnych bez względu na ich stan zdrowia jak również pobierania jednolitej składki od wszystkich ubezpieczonych (community rating). Naturalną konsekwencją tego stanu rzeczy była więc rosnąca liczba zachowań określanych jako *jazda na gapę*, gdyż regulacje te skłaniają ubezpieczonych do pozostawia nieubezpieczonymi, kiedy są zdrowi i ubezpieczania się podczas choroby co, tak naprawdę, stoi w jawniej sprzeczności z sensem ubezpieczenia. Sprawia to również, że ze względu na rosnące składki i zbyt szeroki zakres ochrony, ubezpieczenia zdrowotne stają się coraz mniej atrakcyjne dla osób zdrowych, rzadko chorujących, a coraz bardziej popularne wśród osób o wyższym ryzyku zdrowotnym. Osoby o niższym ryzyku zdrowotnym zaczynają więc rezygnować z ubezpieczenia, co powoduje jeszcze większą presję na wzrost składek i kolejne rezygnacje.[486] Jest to skrócony opis tzw. *spirali przystępności*, a więc bardzo niepożądanego zjawiska, w ostateczności skutkującego rosnącymi cenami ubezpieczenia wraz z ze zmniejszającą

[485] W. Gibson, *Real health insurance is a crime*, 18.06.2018, w: *FEE guide's to healthcare. Answers to the health care conundrum, Foundation for Economic Education*, https://fee.org/resources/fee-s-essential-guide-to-health-care/ (dostęp: 25.03.2020).

[486] J. C. Goodman, G. L. Musgrave, D. M. Herrick, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej,* Fijorr Publishing Company, Warszawa 2008, s. 318.

się liczbą ubezpieczonych.[487]

Znaczący wzrost liczby obowiązkowych świadczeń przysługujących ubezpieczonym dobrze obrazują statystyki. O ile w 1970 r. ich łączna liczba wynosiła *jedynie* 48, to w 2008 r. wzrosła ona już do ponad 2000. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy był lobbing określonych grup społecznych pragnących włączenia danych usług, które w innym wypadku zostałyby przez ubezpieczycieli wykluczone. Pewną rolę odgrywały też rzadkie, ale nagłaśniane w mediach przypadki osób, którym odmawiano np. pokrycia kosztów transplantacji serca czy finansowania kosztownych terapii eksperymentalnych.[488] Inne przykłady regulacji powszechnych w większości stanów nakazują ubezpieczycielom finansowanie między innymi: kosztów leczenia alkoholizmu; kosztów korzystania z usług kręgarzy, podologów czy psychologów; koszty leczenia narkomanii jak również takich specyficznych usług jak: akupunktura, zapłodnienie *in vitro* czy doradztwo matrymonialne.[489] Także dostawcy danych usług medycznych zabiegali o ich włączenie w zakres obowiązkowych świadczeń. Zyski osiągane przez takie grupy odbywały się jednak kosztem pozostałych ubezpieczonych.

Dopełnieniem rozrostu tych interwencji w II połowie XX w. była federalna ustawa o Ciągłości i Odpowiedzialności Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Portability and Accountability Act – HIPPA) uchwalona w 1996 r. Z perspektywy ubezpieczeń zdrowotnych jej głównym celem jest wsparcie dla pracowników, którzy zmieniając (lub tracąc) pracę mogą utracić korzystne dla nich warunki ubezpieczenia np. ze względu na wyższe ryzyko zdrowotne. Przepisy zawarte w ustawie zabraniają towarzystwom ubezpieczeniowym wykluczania pracowników z ubezpieczenia ze względu na ich stan zdrowia. Mnogość wymagań stawianych przez HIPPA spowodowała także wzrost kosztów dostosowania się do przepisów ustawy. Do przepisów tych, oprócz towarzystw ubezpieczeniowych, muszą stosować się także lekarze, szpitale oraz inne instytucje.

[487] Jak się okazuje, mimo że *spirala przystępności* jest obecnie silnie kojarzona z reformą ObamaCare, to w istocie była zjawiskiem występującym jeszcze przed wejściem w życie tej reformy. Poprzednie przypadki miały jednak inny, tzn. mniej dynamiczny (jeśli chodzi o wzrost cen) przebieg niż ObamaCare. Dla lepszej przejrzystości, bardziej szczegółowy opis tych przypadków został zawarty w rozdziale 4.

[488] S. Folland, A. C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Kraków 2011, s. 721.

[489] H. H. Hoppe, *Uncertainty and Its Exigencies: The Critical Role of Insurance in the Free Market*, 07.03.2006, https://mises.org/library/uncertainty-and-its-exigencies-critical-role-insurance-free-market (dostęp: 25.03.2020); J. C. Goodman, G. L. Musgrave, D. M. Herrick, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej,* Fijorr Publishing Company, Warszawa 2008, s. 319.

Podmioty te zatrudniają prawników oraz innych ekspertów pomagającym im w spełnieniu wymagań ustawy.[490] Związane jest to głównie z ochroną danych dotyczących zdrowia pacjentów, przebiegu ich choroby itp., co miało zwiększyć bezpieczeństwo danych, wiedzę pacjentów na temat wykorzystywania ich danych czy poprawę funkcjonowania całego systemu zarządzania informacjami pomiędzy poszczególnymi instytucjami.[491]

Oprócz dużej złożoności czy wręcz skomplikowania przepisów, tak naprawdę problematyczna pozostaje zasadność ich wprowadzania, gdyż problemy związane z objęciem ochroną ubezpieczeniową czy szerzej z dostępem do określonych świadczeń medycznych są pochodną szeregu interwencji zaczynających się na początku XX w. Problem polega również na tym, że przepisy HIPPA traktują prywatne ubezpieczenia zdrowotne jako główną formę finansowania dostępu do świadczeń medycznych podczas, co we wcześniejszych okresach wcale nie było normą.

Wnioski wynikające z historii tych interwencji są takie, że sama polityka podatkowa, zwiększająca korzyści z posiadania pracowniczego ubezpieczenia zdrowotnego, nie była jeszcze aż tak szkodliwa, ponieważ w pewien sposób wpływała jedynie na rynkowy i (do pewnego stopnia) konkurencyjny proces rozwoju poszczególnych form ubezpieczeń oraz alternatywnych form finansowania dostępu do usług medycznych (ubezpieczenia kosztem płatności bezpośrednich). Tym samym wpłynęła ona także na ukształtowanie się nowej struktury instytucjonalnej (grupowe ubezpieczenia pracownicze), która to z kolei stała się przedmiotem kolejnych interwencji – bardziej zdecydowanie ograniczających procesy rynkowe i tym samym jeszcze bardziej utrudniających rozwój alternatywnych form finansowania dostępu do usług medycznych (zwłaszcza płatności bezpośrednich), tak ważnych dla zachowania racjonalnego ich konsumowania. Jest to istotne dlatego że konsumenci (ubezpieczeni) są mniej wrażliwi na cenę rynkową. W końcu płacą składkę będącą jedynie ułamkiem całkowitych kosztów usług medycznych, a dodatkowo, obniżają koszty ubezpieczenia dzięki ulgom podatkowym, co jeszcze wzmacnia w nich poczucie nieodpłatności za takie usługi.

---

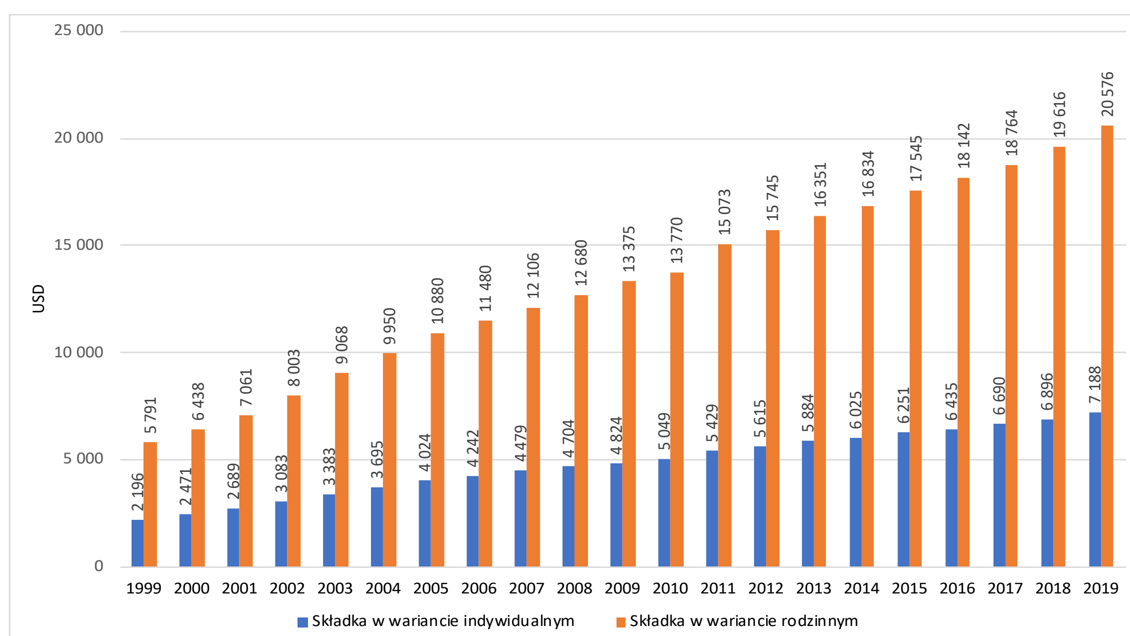
[490] S. Folland, A. C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Kraków 2011, s. 718.

[491] Więcej na ten temat zob. Centers for Disease Control and Prevention, *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)*, bark daty, https://www.cdc.gov/phlp/publications/topic/hipaa.html (dostęp: 26.03.2020).

Rynek prywatnych pracowniczych ubezpieczeń zdrowotnych w XXI w.

Problem stale rosnących składek grupowych (pracowniczych) ubezpieczeń zdrowotnych jest szczególny między innymi dlatego, że tego typu ubezpieczenia w 2018 r. obejmowały już ponad 153 mln osób w wieku 0-64 lat, co stanowi około 58% populacji USA[492]. Wzrost składek dotyczy zarówno pracowników ubezpieczonych w wariancie indywidualnym[493] jak i rodzinnym, co obrazuje rysunek 29.

Rysunek 29. Średnia wysokość składek w pracowniczych ubezpieczeniach zdrowotnych w latach 1999-2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaiser Family Foundation, *Premiums and Worker Contributions Among Workers Covered by Employer-Sponsored Coverage, 1999-2019*, 25.09.2019, https://www.kff.org/interactive/premiums-and-worker-contributions-among-workers-covered-by-employer-sponsored-coverage-1999-2019/#/?compare=true&coverageGroupComp=family (dostęp: 26.03.2020).

Szczególnie istotne jest również to, że dynamika wzrostu składek na ubezpieczenia zdrowotne była zdecydowanie wyższa niż wzrost stopy inflacji oraz,

---

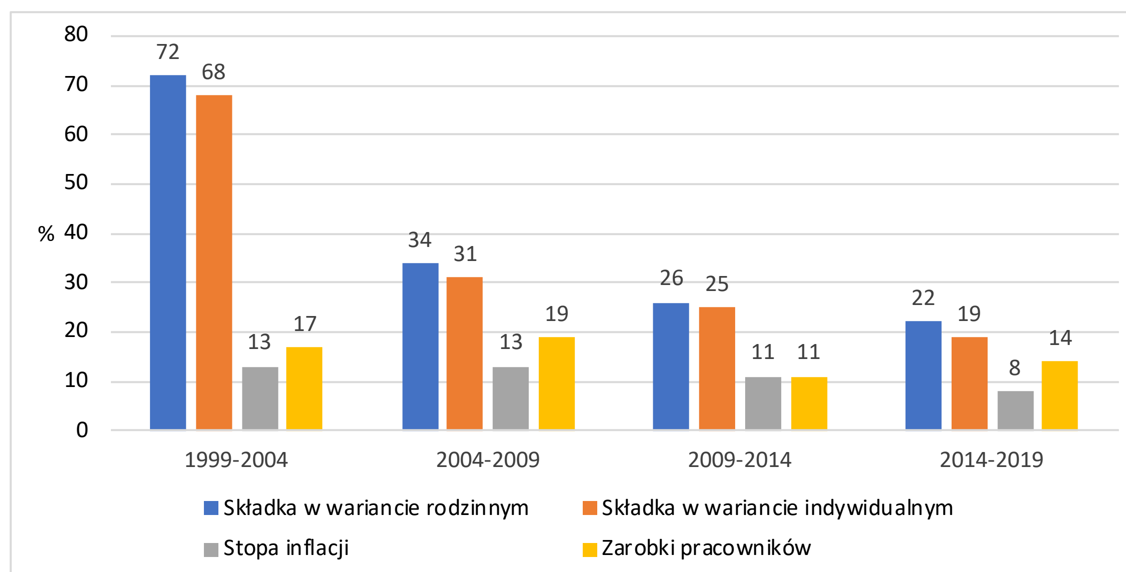
[492] Kaiser Family Foundation, *Health Insurance Coverage of Nonelderly 0-64*, brak daty, https://www.kff.org/other/state-indicator/nonelderly-0-64/?dataView=1&currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 26.03.2020).

[493] Tej formy ubezpieczenia nie należy mylić z prywatnymi indywidualnymi (niegrupowymi) ubezpieczeniami zdrowotnymi zawieranymi bez udziału pracodawcy, którymi w 2018 r. objętych było ponad 19 mln osób (7% populacji USA).

co ważniejsze, zarobków pracowników.

Warto także podkreślić, że nie były to wyjątki w postaci kilkuletnich okresów, ale stale utrzymujący się trend od momentu pozyskiwania i publikowania tych danych przez Kaiser Family Foundation (KFF)[494] (rysunek 30).

Rysunek 30. Porównanie dynamiki wzrostu (w proc.) składek pracowniczych ubezpieczeń zdrowotnych, stopy inflacji oraz zarobków pracowników w latach 1999-2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaiser Family Foundation, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA 2019, s. 42 oraz Kaiser Family Foundation, *Premiums and Worker Contributions Among Workers Covered by Employer-Sponsored Coverage, 1999-2019*, 25.09.2019, https://www.kff.org/interactive/premiums-and-worker-contributions-among-workers-covered-by-employer-sponsored-coverage-1999-2019/#/?compare=true&coverageGroupComp=family (dostęp: 26.03.3020).

Tylko do 2013 r., a więc jeszcze przed wejściem w życie ObamaCare wzrost wysokości składek (w odniesieniu do 1999 r.) wyniósł 182%. Jeszcze szybciej rosły dodatkowe (poza częścią ich składki) koszty pracowników w postaci udziału własnego (deductible), współpłacenia (copayment) i współubezpieczenia (coinsurance) – wzrost

[494] Wzrost składek miał także miejsce w latach 90-tych czy 80-tych XX w. Przykładowo, średnia wydatków pracodawców na opiekę zdrowotną w latach 1985–1990 wynosiła 11,3% spadając do 6,3% w latach 90-tych. Procentowy wzrost składek w latach 90-tych (w ujęciu rocznym) wyglądał następująco: 1991 (11,5%), 1992 (10,9%), 1993 (8%), 1994 (4,8%), 1995 (2,1%), 1996 (0,5%), 1997 (b.d.), 1998 (3,7%), 1999 (4,1%). Spadek ten niektórzy przypisują wprowadzeniu planów opartych na opiece kierowanej (managed care), która w celu zmniejszenia kosztów ograniczyła autonomię pacjentów i lekarzy. Jednak, już na początku XXI w. składki ponownie zaczęły rosnąć o kilkanaście procent. Więcej na ten temat zob. A. R. Kovner, S. Jonas, *Health Care Delivery in the United States*, Springer Publishing Company, USA 2002, s. 445; J. Gabel i in., *Health Benefits In 2003: Premiums Reach Thirteen-Year High As Employers Adopt New Forms Of Cost Sharing*, „Health Affairs” 2003, nr 5, s. 118-119.

o 196%. Z kolei stopa inflacji (CPI) wzrosła o 40%, a zarobki pracowników o 50%.[495] Jest to szczególnie ważne, gdyż wg badań przeprowadzonych w 2018 r. przez KFF ankietowani[496] jako główny powód nieposiadania ubezpieczenia wskazali zbyt wysoki koszt ubezpieczenia (45% odpowiedzi). Jeszcze inne badanie (z 2017 r.) przeprowadzone wśród nieubezpieczonych pracowników, którzy mogli przystąpić do ubezpieczenia, ale nie skorzystali z oferty, pokazało, że w 9 na 10 przypadków powodem również był zbyt jego wysoki koszt.[497]

Do innych przyczyn braku posiadania ubezpieczenia przez pracowników można zaliczyć także okres oczekiwania (karencje), status pracy w niepełnym wymiarze godzin lub pracy tymczasowej czy brak ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego przez pracodawcę.[498] Odsetek wszystkich firm oferujących ubezpieczenia zdrowotne swoim pracownikom obniżył się z 66% (1999 r.) do 57% (2019 r.), z czego spadek ten miał miejsce w firmach zatrudniających mniej niż 200 pracowników (rysunek 31). Większość pracowników w USA jest jednak zatrudniana w dużych przedsiębiorstwach[499], które oferują przystąpienie do ubezpieczenia zdrowotnego. W 2019 r. 90% pracowników było zatrudnionych przez przedsiębiorstwa, które oferowały świadczenia zdrowotne przynajmniej niektórym swoim pracownikom. Dane wskazują także, że w tym samym roku około 80% pracowników zatrudnionych w przedsiębiorstwach oferujących im ubezpieczenia zdrowotne kwalifikowała się do przystąpienia do tych programów. Z możliwości tej skorzystało 76% z nich, w efekcie czego ubezpieczeniem zdrowotnym zostało objętych 61% ze wszystkich pracowników zatrudnionych w tych firmach.[500] Po uwzględnieniu pracowników zatrudnionych w firmach nieoferujących ubezpieczeń zdrowotnych odsetek ten wynosi 55%.[501]

---

[495] Kaiser Family Foundation, *2018 Employer Health Benefits Chart Pack*, 03.10.2018, https://www.kff.org/slideshow/2018-employer-health-benefits-chart-pack/ (dostęp: 27.03.2020).

[496] Osoby w wieku 18-64 lat.

[497] J. Tolbert i in., *Key Facts about the Uninsured Population*, 13.12.2019, https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/ (dostęp: 27.03.2020).

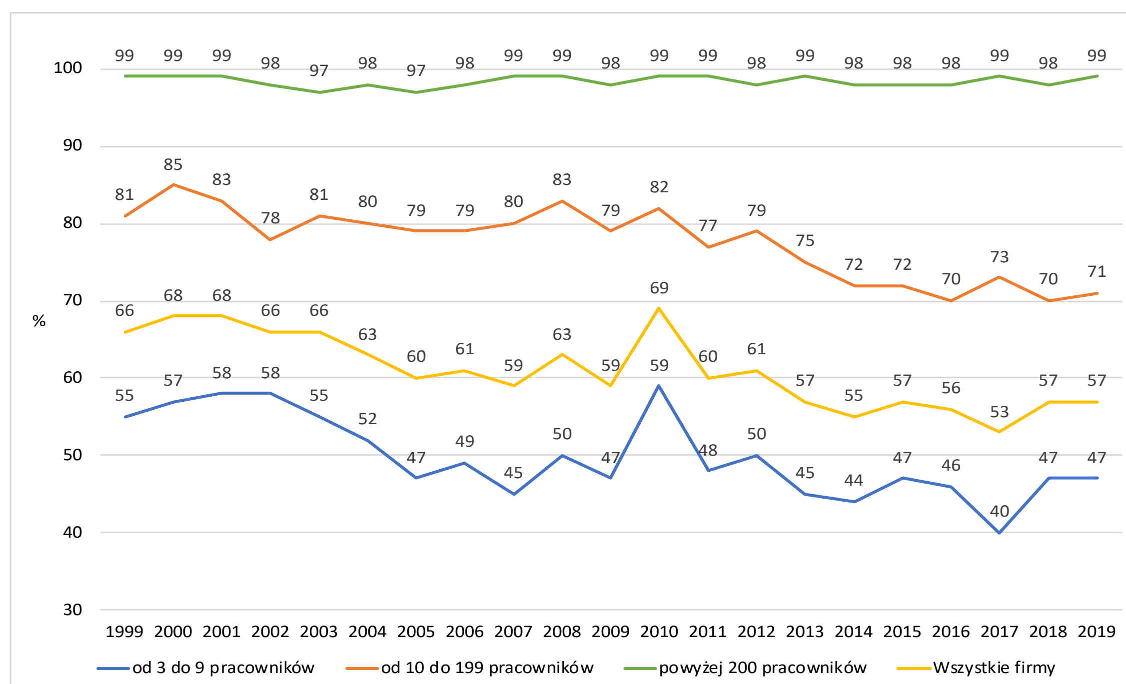
[498] W 2018 r. 70% nieubezpieczonych pracowników pracowało w firmach nieoferujących ubezpieczenia zdrowotnego.

[499] Zatrudniających powyżej 200 osób.

[500] W 2009 r. odsetek ten wynosił 65%.

[501] Kaiser Family Foundation, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA 2019, s. 65, 68.

Rysunek 31. Odsetek firm (w proc.) oferujących ubezpieczenie zdrowotne, w zależności od liczby zatrudnianych pracowników



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaiser Family Foundation, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA 2019, s. 13.

Na tej podstawie można wywnioskować, że trudno jest za pomocą regulacji sprawić, aby wszyscy byli ubezpieczeni, a efekty takich działań są odmienne od oczekiwanych. Innymi odczuwalnymi dla pracowników skutkami mogą być rosnące wydatki z własnej kieszeni (*out of pocket*), ale również to nie jest to wadą ubezpieczeń lub efektem wadliwości rynku jak się może wydawać. Koszty bezpośrednie ponoszone przez ubezpieczonych stanowią ważny element ubezpieczenia zdrowotnego, gdyż ograniczają nadmierną konsumpcję, a więc wprowadzają ramy dla bardziej racjonalnego konsumowania świadczeń zdrowotnych. Ich stosowanie istotnie wpływa na stabilność programów zdrowotnych, a tym samym na pewność dostępu do potrzebnych ubezpieczonym usług medycznych. Całkowite ich wyeliminowanie jedynie jeszcze bardziej wpłynęłoby na wzrost składek. W USA występuje kilka rodzajów płatności bezpośrednich jakimi obejmowani są ubezpieczeni: udział własny (*deductible*), współpłacenie (*copayment*) oraz współubezpieczenie (*coinsurance*). Ich cechy szczególne zostały ujęte w tabeli 5.

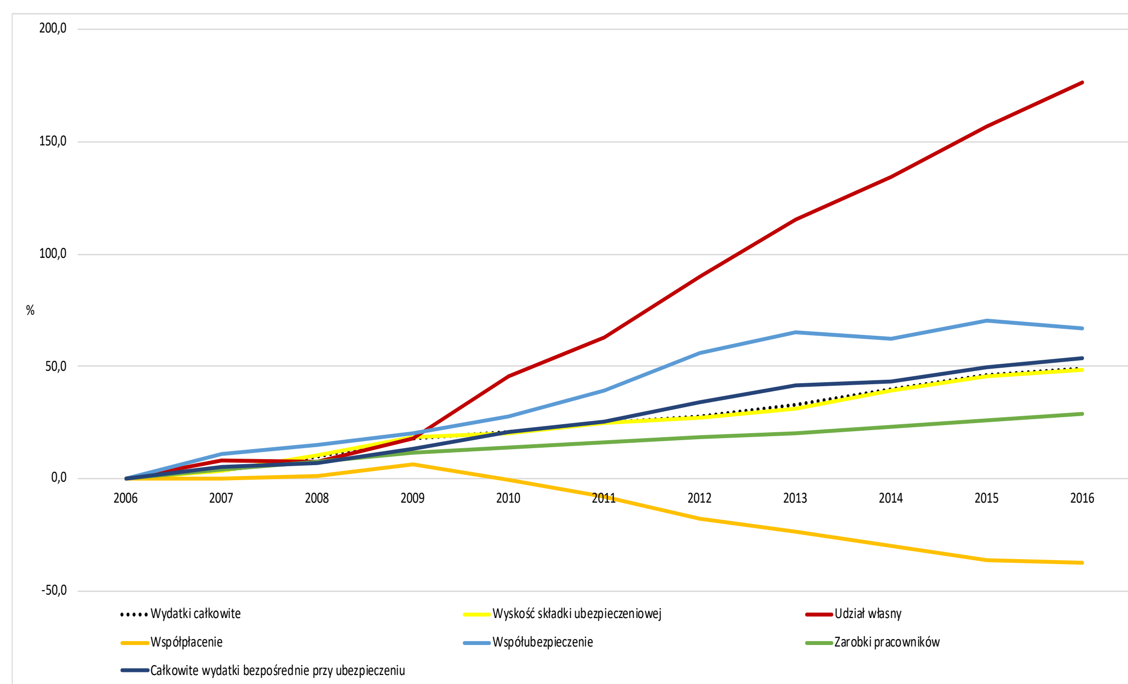
Tabela 5. Rodzaje płatności bezpośrednich w ubezpieczeniach zdrowotnych

Rodzaje		
udział własny (*deductible*)	współpłacenie (*copayment*)	współubezpieczenie (*coinsurance*)
Kwota jaką ubezpieczony musi pokryć w pierwszej kolejności zanim zacznie działać ubezpieczenie.	Określona z góry kwotowa stawka jaką ubezpieczony musi ponieść za korzystanie z danej usługi.	W odróżnieniu od współpłacenia, procentowo ustalona kwota jaką ponosi ubezpieczony za rachunek medyczny.
Przykłady		
Udział własny w wysokości 200 USD przy rachunku medycznym wynoszącym 1.000 USD oznacza, że ubezpieczyciel poniesie swój koszt (800 USD) w drugiej kolejności, po zapłaceniu przez ubezpieczonego 200 USD.	Ubezpieczony ponosi dodatkowe opłaty za dane usługi: 10 USD za każdy dzień pobytu w szpitalu, 20 USD za każdą wizytę u lekarza itd.	Ubezpieczenie zdrowotne z współpłaceniem wynoszącym 18% oznacza, że ubezpieczony pokrywa 18% rachunku a ubezpieczyciel 82%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: T. E. Getzen, *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa 2014, s. 508-509.

Podobnie, jak w przypadku składek ubezpieczeniowych, również te koszty (poza współpłaceniem) rosły w tempie szybszym niż zarobki pracowników. Największy wzrost odnotował koszt udziału własnego, który w latach 2006-2016 wzrósł o 176%. Dla porównania łączny koszt wszystkich trzech rodzajów płatności bezpośrednich wzrósł o 54% a zarobki pracowników o 29% (rysunek 32).

Rysunek 32. Tempo wzrostu (w proc.) poszczególnych rodzajów płatności bezpośrednich w porównaniu do zarobków pracowników oraz kosztu ubezpieczenia w latach 2006-2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie: G. Claxton i in., *Increases in cost-sharing payments continue to outpace wage growth*, 15.06.2018, https://www.healthsystemtracker.org/brief/increases-in-cost-sharing-payments-have-far-outpaced-wage-growth/ (dostęp: 30.03.2020).

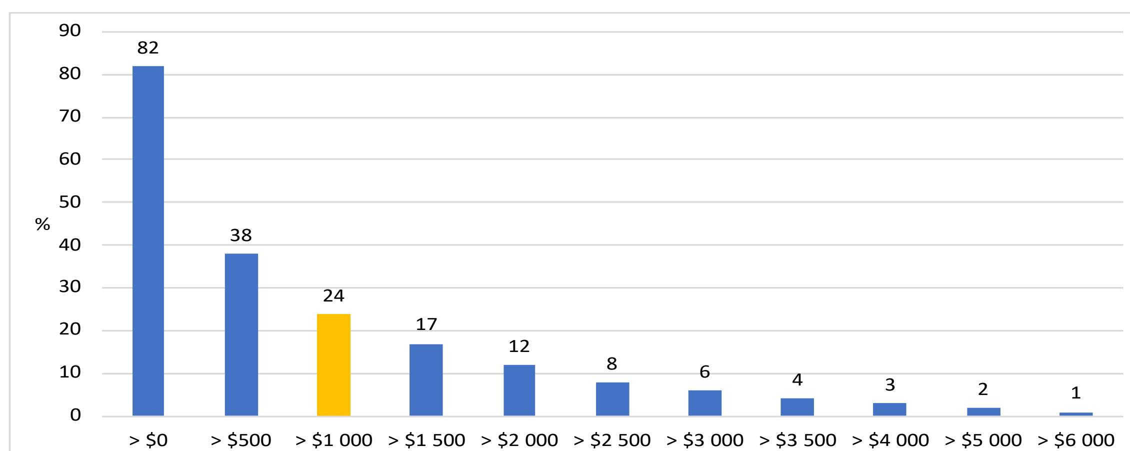
Uwagi: Badanie objęło duże przedsiębiorstwa tj. zatrudniające powyżej 200 pracowników. Dane odzwierciedlają jedynie podział kosztów poniesionych w ramach planu świadczeń i nie obejmują płatności bilansujących, które beneficjenci mogą wypłacać świadczeniodawcom opieki zdrowotnej za usługi poza siecią lub płatności z własnej kieszeni za usługi nieobjęte ubezpieczeniem.

Średni koszt udziału własnego w 2006 wynosił 151 USD, a w 2016 r. 417 USD. Wzrósł także koszt współubezpieczenia: z 149 do 249 USD. Natomiast koszty współpłacenia spadły z 225 do 140 USD w analogicznym okresie.

Wydatki całkowite: suma składek oraz wydatków bezpośrednich przy ubezpieczeniu. *Całkowite wydatki bezpośrednie przy ubezpieczeniu*: suma współpłacenia, udziału własnego oraz współubezpieczenia. *Wysokość składki ubezpieczeniowej*: składka całkowita obejmująca część płaconą przez pracodawcę i pracownika.

Jeszcze inne badanie przeprowadzone przez KFF pokazało, że odsetek beneficjentów przeznaczających na płatności bezpośrednie (związane z ubezpieczeniem) ponad 1.000 USD rocznie wzrósł z 17,1% w 2005 r. do 24,2% w 2015 r. Jednak, mimo tego, 62% z nich na wydatki tego typu przeznaczyło nie więcej niż 500 USD (rysunek 33).

Rysunek 33. Procentowy odsetek beneficjentów z określonymi progami wydatków bezpośrednich w 2015 r.



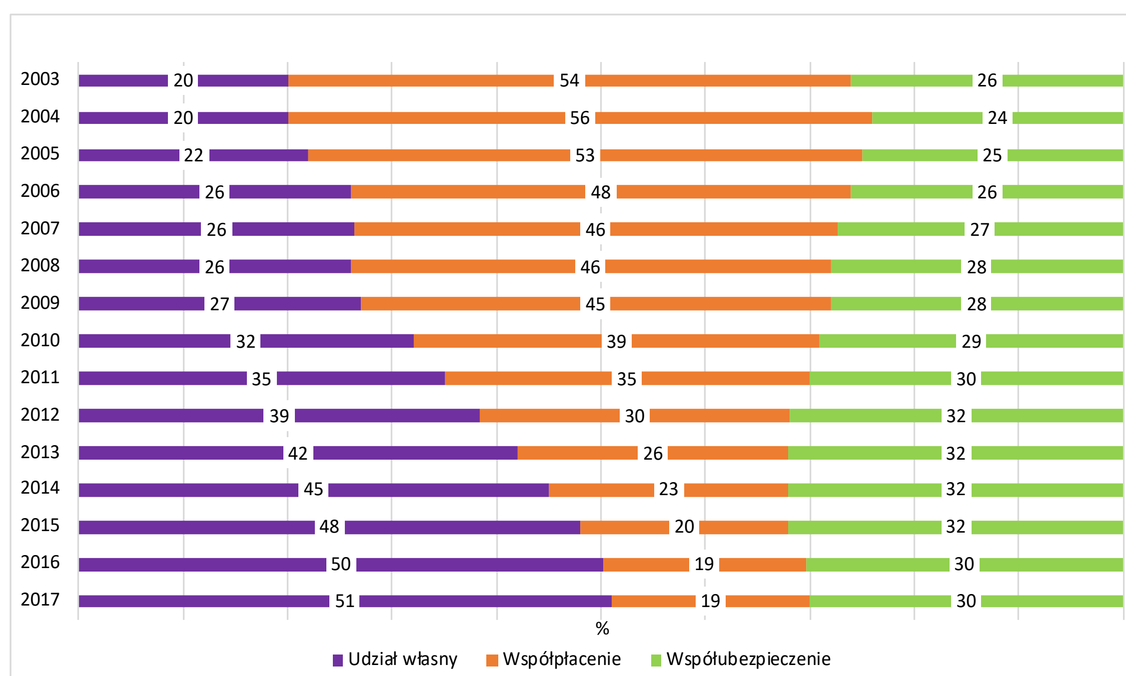
Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Saywer, C. Cox, G. Claxton, *An analysis of who is most at risk for high out-of-pocket health spending*, 04.10.2017, https://www.healthsystemtracker.org/brief/who-is-most-at-risk-for-high-out-of-pocket-health-spending/#item-start (dostęp: 31.03.2020).

Uwagi: Większość (99%) pracowników objętych jest ubezpieczeniem z częściowo lub całkowicie ograniczonym rocznym limitem wydatków bezpośrednich. Limit ten jest określany jako tzw. *outofpocket maximum*. Jest to skutkiem wymagań nałożonych przez ustawę ObamaCare. W 2019 r. Maksymalny limit wyniósł 7.900 USD (wariant indywidualny) oraz 15.800 USD (wariant rodzinny). Wielkości te mogą się znacząco od siebie różnić, np. w ubezpieczeniu zdrowotnym firmy A limit ten może wynieść 2.000 USD a w firmie B 6.000 USD. Oba nie mogą jednak przekroczyć wartości maksymalnych.

Uwzględniając te dane, należy także podkreślić, że ustalona w umowie ubezpieczeniowej wysokość udziału własnego czy innych kosztów nie oznacza jeszcze dla pracownika dodatkowych kosztów. Część ubezpieczonych w ciągu danego roku nie generuje np. kosztów przekraczających ustalonego limitu udziału własnego i tym samym uruchamiającego odpowiedzialności towarzystwa ubezpieczeniowego. O ile rosnące wydatki bezpośrednie nie spotykają się z entuzjazmem ubezpieczonych, to ubezpieczenie pokrywa zdecydowaną część ich rachunku. Być może, rosnące wydatki bezpośrednie spotykają się z niezrozumieniem ich roli wśród Amerykanów przyzwyczajonych do otrzymywania dostępu do usług medycznych przez ubezpieczenie. Na tej podstawie nie należy wyciągać zbyt daleko idących wniosków mówiących o problemach rynku ubezpieczeń, ale raczej o braku atrakcyjnych rynkowych alternatyw. Ten brak nie jest jednak wywołany monopolem osiągniętym przez towarzystwa ubezpieczeniowe, ale skutkiem wielu interwencji z przeszłości tworzących, *de facto*, iluzję nieodpłatności i bezproblemowego dostępu do usług medycznych poprzez ubezpieczenie.

Co ciekawe, na przestrzeni lat zmianie uległ udział poszczególnych form płatności bezpośrednich. Przykładowo, w 2003 r. dla ubezpieczeń w wariancie rodzinnym największym kosztem dodatkowym było współpłacenie, a najmniejsze wydatki były związane z pokryciem udziału własnego. Po kilkunastu latach proporcje te znacząco się odwróciły na korzyść udziału własnego – 51 do 19% w 2017 r. (rysunek 34).

Rysunek 34. Procentowy rozkład poszczególnych rodzajów płatności bezpośrednich przy ubezpieczeniach zdrowotnych w latach 2003-2017



Źródło opracowanie własne na podstawie: M. Rae, R. Copeland, C. Cox, *Tracking the rise in premium contributions and cost-sharing for families with large employer coverage*, 14.08.2019, https://www.healthsystemtracker.org/brief/tracking-the-rise-in-premium-contributions-and-cost-sharing-for-families-with-large-employer-coverage/ (dostęp: 31.03.2020).

Uwagi: Badanie objęło duże przedsiębiorstwa tj. zatrudniające powyżej 200 pracowników oraz dotyczyło ubezpieczeń zawartych w wariancie rodzinnym.

Zaobserwowane tendencje są między innymi pokłosiem wzrostu składek ubezpieczeniowych w latach 90-tych. Ubezpieczeni są bardziej wrażliwi na koszty usług medycznych wynikające z udziału własnego oraz współubezpieczenia niż w przypadku współpłacenia, które jest z góry określoną stawką. Dodatkowo, współpłacenie może zostać rozłożone w czasie w zależności od tego z jakich usług będzie korzystał ubezpieczony podczas gdy w przypadku udziału własnego taka możliwość nie występuje, gdyż jest to kwota określająca limit kosztów jakie w pierwszej kolejności ponosi

ubezpieczony.[502] Dlatego, dla towarzystw ubezpieczeniowych udział własny stał się bardzo użytecznym i tym samym chętniej wykorzystywanym narzędziem w ograniczaniu konsumpcji świadczeń przez ubezpieczonych.

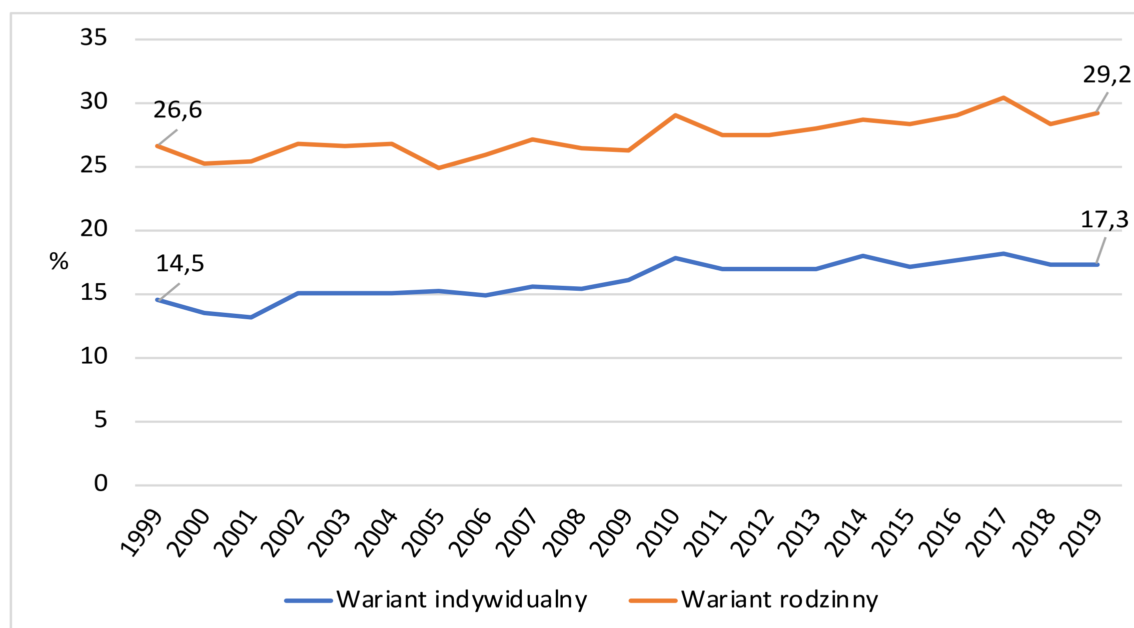
Rosnące składki są także coraz większym problemem dla pracodawców, zwłaszcza dla tych zatrudniających 3-9 pracowników, gdzie jedynie 47% z nich miało ubezpieczenie zdrowotne w swojej ofercie w 2019 r. W mniejszych firmach, a więc takich w których zarobki są relatywnie niższe niż w większych podmiotach, pracownicy mają także wyższy poziom udziału własnego średnio wynoszący 2.271 USD wobec 1.412 USD w podmiotach zatrudniających powyżej 200 pracowników (średnia dla wszystkich firm to 1.655 USD).[503] Pracodawcy ograniczają koszty ubezpieczenia także poprzez zwiększanie udziału pracowników w opłacanej składce. Z uwagi na przysługujące im ulgi nie spotyka się to ze zdecydowanym sprzeciwem, ale niewątpliwie wpływa na obniżenie ich płac realnych. Udział części *pracowniczej* w całkowitej składce na ubezpieczenie zdrowotne ulegał zwiększeniu zarówno dla wariantu indywidualnego oraz rodzinnego (rysunek 35).

---

[502] M. Rae, R. Copeland, C. Cox, *Tracking the rise in premium contributions and cost-sharing for families with large employer coverage*, 14.08.2019, https://www.healthsystemtracker.org/brief/tracking-the-rise-in-premium-contributions-and-cost-sharing-for-families-with-large-employer-coverage/ (dostęp: 31.03.2020)

[503] Kaiser Family Foundation, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA 2019, s. 11.

Rysunek 35. Część składki opłacanej przez pracowników jako procent składki całkowitej (w proc.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaiser Family Foundation, *Premiums and Worker Contributions Among Workers Covered by Employer-Sponsored Coverage, 1999-2019*, 25.09.2019, https://www.kff.org/interactive/premiums-and-worker-contributions-among-workers-covered-by-employer-sponsored-coverage-1999-2019/#/?compare=true&coverageGroupComp=family (dostęp: 31.03.3020).

Plany z wyższym udziałem własnym i opcją oszczędzania

W celu wsparcia swoich pracowników w pokrywaniu rosnących wydatków nieobjętych ubezpieczeniem niektórzy pracodawcy oferują specjalne rodzaje planów zdrowotnych. Plany te są ubezpieczeniem z wyższym udziałem własnym i opcją oszczędzania (High Deductible Health Plan with Saving Option – HDHP/SO). O ile udział własny jest wyższy, to pracownik płaci niższą składkę niż w przypadku planów innego typu (rysunek 36). Z kolei środki przeznaczone na wyższe wydatki bezpośrednie powiązane są ze specjalnym kontem umożliwiającym preferencje podatkowe związane dochodami przeznaczonymi na te wydatki.[504] Za pomocą tych kont pokrywany jest koszt między innymi udziału własnego. Dwa najbardziej powszechne konta tego typu to ustalenia dotyczące zwrotu kosztów opieki zdrowotnej (Health Reimbursement Arrangements – HRA) oraz zdrowotne konta oszczędnościowe Health Savings Accounts

[504] Rozwiązanie to funkcjonuje więc w podobny sposób jak np. zwolnienie z podatków dochodowych oraz podatków od wynagrodzeń składek opłacanych przez pracodawców oraz ulg podatkowych przysługującym pracownikom.

– HSA). Wg założeń przyjętych przez KFF planem HDHP powiązanym z kontem HRA jest każdy plan, w którym udział własny wynosi minimum 1.000 USD (wariant indywidualny) oraz 2.000 USD (wariant rodzinny). Z kolei limity udziału własnego określające zakwalifikowanie planów zdrowotnych jako HDHP powiązanych z HSA ustalane są na podstawie przepisów federalnych.[505] Przykładowo, w 2020 r. IRS określił ustalił minimalną wysokość udziału własnego w planie HDHP/HSA na poziomie 1.400 USD (wariant indywidualny) oraz 2.800 USD[506] (wariant rodzinny).[507]

Z tego typu rozwiązań korzysta coraz więcej pracodawców. Liczba firm je oferująca wzrosła z 4% w 2005 r. do 28% w 2019 r.[508] Przełożyło się to również na wzrost liczby pracowników objętych takimi planami. Podczas gdy w 2006 r. Beneficjentami takich rozwiązań 4% pracowników, tak w 2019 ich udział wzrósł do 30%.[509] Jest to jeden z powodów znacznego wzrostu wysokości udziału własnego.

Autorzy raportu na temat pracowniczych ubezpieczeń zdrowotnych z KFF zwracają jednak uwagę na fakt, że o ile w przypadku planów typu PPO i innych udział własny spełnia swoją rolę poprzez zwiększanie odpowiedzialności ubezpieczonego, to w przypadku planów HDHP/SO narzędzie to nie musi już być tak skuteczne. Dzieje się tak dlatego, że wielu pracowników zapisanych do tych planów otrzymuje od pracodawców dodatki finansowe, które trafiają na ich konta HRA/HSA. 21% pracowników posiadających (w wariancie indywidualnym) plan HDHP/HRA oraz 2% pracowników posiadających plan HDHP/HSA otrzymuje taki dodatek co najmniej w wysokości odpowiadającej udziałowi własnemu. Kolejne 22% pracowników z planem HDHP/HRA oraz 23% z planem HDHP/HSA otrzymuje dodatki zmniejszające wysokość ich udziału własnego do 1.000 USD.[510] Działania te tak naprawdę wskazują na ograniczone pole manewru jakimi dysponują pracodawcy. Tak jak ubezpieczenia zdrowotne nie powinny

---

[505] Kaiser Family Foundation, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA 2019, s. 139.

[506] Dodatkowo, suma udziału własnego, współubezpieczenia oraz współpłacenia dla tych planów nie może przekroczyć 6.900 USD (wariant indywidualny) oraz 13.800 USD (wariant rodzinny) w ciągi roku. Koszty te mogą być wyższe jedynie w przypadku opłacania usług poza siecią.

[507] HealthCare.gov, *High Deductible Health Plan (HDHP)*, brak daty, https://www.healthcare.gov/glossary/high-deductible-health-plan/ (dostęp: 01.04.2020).

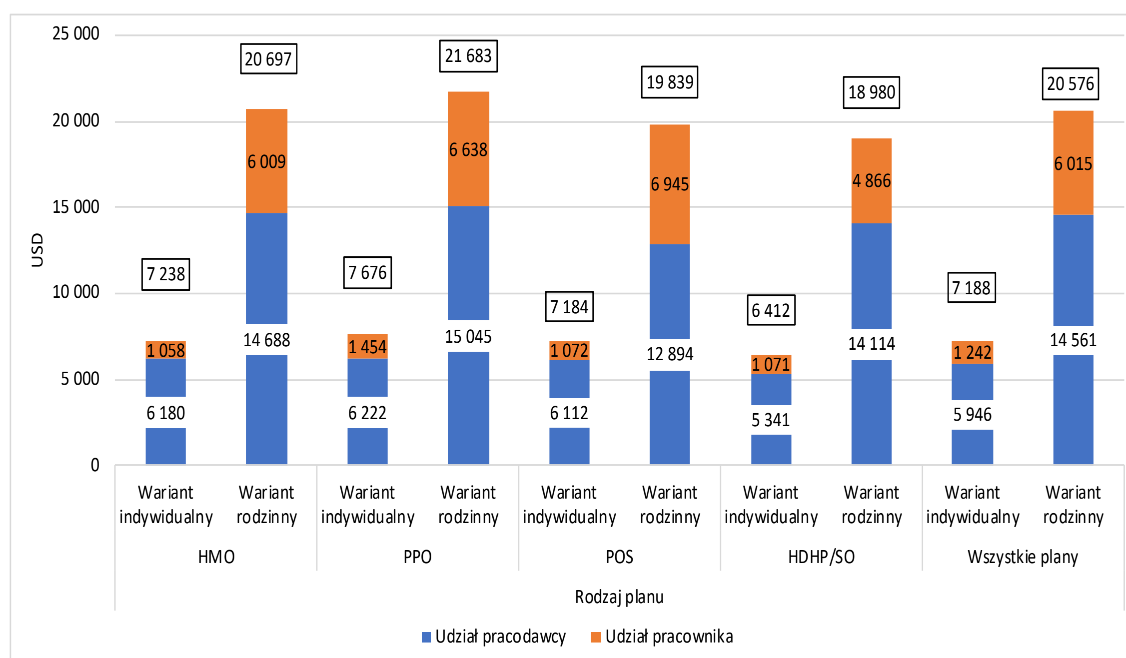
[508] Z czego zdecydowanie bardziej popularne są plany z kontem HSA oferowane przez 26% wszystkich firm w porównaniu do HRA oferowanych przez 4% firm (oba plany mogą występować w tej samej firmie).

[509] Z czego 23% było zapisanych do planów HSA a 7% do HRA.

[510] Kaiser Family Foundation, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA 2019, s. 11, 140-142.

być postrzegane jako instrument pokrywający wszystkie wydatki medyczne, tak samo wyższy udział własny oraz inne formy płatności bezpośrednich nie powinien być powodem dalszego wsparcia ze strony pracodawców, gdyż to ogranicza ich funkcjonalność i tym samym dalej prowadzi do błędnego koła wzrostu kosztów ubezpieczenia zdrowotnego.

Rysunek 36. Wysokość składek w poszczególnych rodzajach planów ubezpieczeń zdrowotnych w 2019 r. (w USD)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaiser Family Foundation, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA 2019, s. 8.

Uwagi: Pozostałe typy planów zdrowotnych (z niższym udziałem własnym) to: plan zintegrowanej opieki zdrowotnej (Health Maintenance Organization – HMO), plan preferowanego dostawcy (Preferred Provider Organization – PPO), plan punktu obsługi (Point of Service – POS) oraz plany konwencjonalne (Conventional).

Procent pracowników zapisanych do poszczególnych typów planu w firmach oferujących jeden typ planu zdrowotnego w 2019: HDHP/SO (27%), POS (9%), PPO (52%), HMO (12%), Conventional (<1%).

Plany te różnią się między sobą wysokościami/stawkami poszczególnych płatności bezpośrednich, okresem karencji, określonym planem pokrycia usług medycznych czy możliwościami wyboru lekarzy oraz innych usług w ramach danej sieci lub poza nią. Więcej na ten temat zob. M. Makowska, A. Czerw, *Reforma systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych. Zmiany wprowadzane przez Obamacare*, „Hygeia Public Health" 2014, nr 49, s. 736-737.

Przywileje podatkowe jako jedna z przyczyn wzrostu kosztów ubezpieczeń zdrowotnych

Jak zostało już wspomniane, utrzymująca się tendencja wzrostu wydatków bezpośrednich przy ubezpieczeniach zdrowotnych, w sytuacji wolniejszego tempa wzrostu płac może być przyczyną pewnych trudności np. dla osób z relatywnie niskimi oszczędnościami. Co więcej, rosnące wydatki bezpośrednie mogą być odczuwalne także w sytuacji, kiedy ogólne koszty opieki zdrowotnej rosną w umiarkowanym tempie.[511] Jest to jednak pokłosie opierania finansowania dostępu usług medycznych głównie na pracowniczym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz silnych i długoletnich ograniczeń po stronie podażowej.

Można także stwierdzić, że ogólnie rzecz biorąc, Amerykanie nie mają złej opinii na temat swoich pracowniczych planów zdrowotnych. W końcu zapewniają im one szereg korzyści przy ułamku kosztów. Udział własny nie jest żadnym *ciałem obcym* w świecie ubezpieczeń zdrowotnych, ale jego nieodzowną częścią pozwalającą na utrzymanie bardziej racjonalnej konsumpcji poprzez wymóg pokrywania mniejszych wydatków medycznych z kieszeni ubezpieczonego. Mimo tego, stosowanie tego typu narzędzi nie spotyka się ze zrozumieniem i przychylnym nastawieniem ze strony ubezpieczonych. Jednym z powodów tego stanu rzeczy są niewątpliwie wyższe koszty jakie ponoszą. Natomiast drugim istotnym powodem jest to, że koszty udziału własnego nie są traktowane jako składka ubezpieczeniowa, a więc w efekcie, mimo że są opłacane przez pracowników to ten koszt nie stanowi wkładu do ulgi podatkowej – tak jak ma to miejsce w przypadku części składki opłacanej przez pracowników. Z perspektywy pracownika są to więc niejako *bezproduktywne* wydatki, bo nie występują przy nich korzyści podatkowe. Dlatego też wiele osób może przychylnie spoglądać na poszerzanie zakresu ubezpieczenia o rutynowe procedury zwiększające wysokość składek, gdyż dzięki temu rośnie także ich ulga podatkowa.[512] Tłumaczy to również rosnącą

[511] B. Sawyer, C. Cox and G. Claxton, *An analysis of who is most at risk for high out-of-pocket health spending*, 04.10.2017, https://www.healthsystemtracker.org/brief/who-is-most-at-risk-for-high-out-of-pocket-health-spending/#item-start (dostęp: 01.04.2020).

[512] G. Galles, *Stop Hating on High-Deductible Health Plans*, 12.10.2020, https://mises.org/wire/stop-hating-high-deductible-health-plans?fbclid=IwAR2NFwYOMCBkSqP2wPUtGOJGhrIR1n7x17lH4dAW55DWUt-A8BokU6UcPaE (dostęp: 01.04.2020).

popularność planów typu HDHP/SO.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną kwestię, a mianowicie na to kto, w ostateczności tak naprawdę płaci coraz wyższy rachunek za ubezpieczenie zdrowotne. Można tutaj wskazać dwie grupy: samych pracowników oraz podatników. Dla pracowników sytuacja wydaje się klarowna. Ubezpieczenie pokrywa zdecydowaną większość ich wydatków, część składki płaconej przez pracodawcę zwolniona jest z podatków, a część składki płaconej przez pracowników liczy się jako ulga podatkowa. Jednak koszty, *de facto*, wracają do pracowników w postaci rosnących składek czy np. udziału własnego. Nawet jeśli pracodawca zwiększa swój udział w składce, to odbywa się kosztem np. podniesienia wynagrodzenia pracownika. Ponadto, z punktu widzenia ekonomii, podział na część składki płaconą przez pracodawcę i pracownika jest umowny, gdyż w ostatecznym rozrachunku nie może być ona wyższa niż jego produktywność krańcowa (to samo dotyczy wynagrodzenia). Pracodawca nie ma dodatkowej puli środków przeznaczonej na ubezpieczenie – wszystko można sprowadzić do relacji składka–wynagrodzenie. Pracownik korzystając z ubezpieczenia zdrowotnego uważa, że odbywa się to przy zerowym lub minimalnym koszcie podczas gdy, w istocie, jego działania podnoszą koszty innym pracownikom, którzy postępują podobnie. W ostateczności, nie da się przerzuć kosztów na innych bez takich samych działań z ich strony. Można to porównać np. do sytuacji na meczu piłki nożnej, kiedy jeden z kibiców wstaje, aby z lepszej pozycji obserwować wydarzenia na boisku, ale jednocześnie utrudnia to kilku siedzącym osobom. Jeśli podobnie postąpi druga, trzecia i kolejne osoby, to na końcu wszyscy wracają do punktu wyjścia z tym, że wcześniej siedzieli a teraz stoją, co zwiększa ich dyskomfort.

Można stwierdzić, że pracownicy mimo wszystko odnoszą korzyści dzięki przysługującym im przywilejom podatkowym. Jednak, również w tym przypadku może występować mechanizm przerzucania kosztów. Dla budżetu federalnego zwolnienia z podatków dochodowych oraz z podatków od wynagrodzeń są źródłem znaczącego ubytku w przychodach podatkowych – są to tzw. *tax expenditures* (TE). TE można określić jako starty w przychodach budżetu będące wynikiem federalnych przepisów podatkowych umożliwiających specjalne wyłączenia, zwolnienia, odliczenia od dochodu brutto lub zapewniających specjalną ulgę, preferencyjną stawkę podatku czy odroczenie

zobowiązania podatkowego.[513] W USA występuje wiele rodzajów TE. Do największych z nich (w sensie fiskalnym zaliczyć) można: wyłączenie składek na ubezpieczenie zdrowotne opłacanych przez pracodawcę z federalnych podatków dochodowych, wyłączenie z dochodu podlegającego opodatkowaniu dochodu czynszowego brutto z usług mieszkaniowych, preferencyjne stawki opodatkowania zysków kapitałowych oraz dywidend czy odroczenie podatków od składek i zysków osiąganych na kontach emerytalnych pracowników do momentu ich przejścia na emeryturę.[514]

Jeśli chodzi o pracownicze ubezpieczenia zdrowotne, to wartość wyłączeń dla części składki opłacanej przez pracodawców z podatków dochodowych oraz z podatków od wynagrodzeń w 2018 r. wyniosła 337 mld USD. Same zwolnienia dotyczące podatków dochodowych z tego tytułu wyniosły ponad 205 mld USD będąc na pierwszym miejscu ze wszystkich pozycji tego typu.[515] Dla porównania, deficyt federalny za 2018 r. wyniósł 779 mld USD, co odpowiadało 3,9% PKB. Łączna wartość wspomnianych zwolnień stanowiła więc 43% całego deficytu oraz odpowiadała około 1,7% PKB. Wynika to stąd, że dwa wymienione podatki stanowią największe źródła przychodów federalnych – w 2018 r. generowały łącznie 88%[516] całkowitych przychodów budżetu.[517] Co ciekawe, wg najnowszych wyliczeń Departamentu Skarbu wartość tych dwóch zwolnień ma ulec znaczącemu wzrostowi w tej dekadzie. Szacunki mówią, że wartość wyłączeń z samych podatków dochodowych w 2029 r. ma wynieść ponad 438 mld USD, a podatków od wynagrodzeń dodatkowe 235 mld USD.[518]

Jest to problematyczne z dwóch powodów. Po pierwsze, im wyższe są łączne wartości wynikające z tych zwolnień podatkowych, tym więcej środków trafia z powrotem do źle skonstruowanego (zbyt regulowanego) systemu opartego

---

[513] Department Of The Treasury, *Tax Expenditures*, brak daty, https://home.treasury.gov/policy-issues/tax-policy/tax-expenditures (dostęp: 02.04.2020).

[514] Więcej na ten temat zob. Department Of The Treasury, *Tax Expenditures: FY2021 (Released February 2020)*, 26.02.2020, https://home.treasury.gov/system/files/131/Tax-Expenditures-2021.pdf (dostęp: 02.04.2020), s. 40 (tabela 3).

[515] Więcej na ten temat zob. Department Of The Treasury, *Tax Expenditures: FY2020*, 19.10.2018, https://home.treasury.gov/system/files/131/Tax-Expenditures-FY2020.pdf (dostęp: 02.04.2020), s. 25-26.

[516] 2,9 biliona z 3,3 bilionów USD.

[517] Congerssional Budget Office, *The Federal Budget in 2018: An Infographic*, 18.06.2019, https://www.cbo.gov/publication/55342 (dostęp: 02.04.2020).

[518] Department Of The Treasury, *Tax Expenditures: FY2021 (Released February 2020)*, 26.02.2020, https://home.treasury.gov/system/files/131/Tax-Expenditures-2021.pdf (dostęp: 02.04.2020), [s. 25-27].

na pracowniczych ubezpieczeniach zdrowotnych, co prowadzi do dalszej nadmiernej konsumpcji i ponownego wzrostu kosztów ubezpieczenia. W takich uwarunkowaniach instytucjonalnych wspomniane preferencje podatkowe a także ulga podatkowa jaką uzyskują pracownicy nie pełnią należytej roli. Nie jest to argument za zniesieniem tych korzyści, ale zwrócenie uwagi na *ścieżkę* przepływu środków zwiększającą koszty. Racjonalnym rozwiązaniem wydaje się deregulacja rynku ubezpieczeń poprzez zniesienie wielu regulacji stanowych.

Po drugie, rząd federalny mając świadomość części utraconych w ten sposób przychodów jest bardziej skłonny do ustanawiania nowych podatków lub zwiększania deficytu (i długu publicznego) w celu *rekompensaty* z tytułu tak *utraconych* przychodów. Prowadzi to do wniosku, że w ostatecznym rozrachunku, dodatkowe koszty pracowniczych ubezpieczeń zdrowotnych ponosi gospodarka oraz podatnicy. Część z nich stanowią ci sami pracownicy wcześniej otrzymujący przywileje podatkowe. Jednak nie jest to przez nich tak odczuwalne ze względu na to, że nowe obciążenia rozłożone są w czasie oraz obejmują więcej osób. Takie przerzucanie kosztów nie nastąpiłoby tylko w sytuacji zmniejszania całkowitych wydatków federalnych o utracone przychody w wysokości 337 mld USD. Oznaczałoby to automatycznie rezygnację przez rząd federalny z części zaplanowanych wydatków przeznaczonych na inne cele, co jest mało prawdopodobne. Przypadki braku występowania deficytów federalnych w historii USA stanowią bardziej wyjątek niż regułę. Nie zmieni się to także w następnych latach. Kongresowe Biuro Budżetu (Congerssional Budget Office – CBO) oszacowało deficyt w 2019 r. na 896 mld USD, który do 2029 r. ma wzrosnąć do 1,3 bln USD, co zwiększy udział deficytu w PKB USA z 4,2 do 4,5%.[519]

Stopniowe odchodzenie od oferty towarzystw ubezpieczeniowych

Regulacje stanowe sztucznie rozszerzyły zakres ubezpieczeń zdrowotnych oraz ograniczyły metody za pomocą których towarzystwa ubezpieczeniowe ograniczały pokusę nadużycia. Dla wielu pracodawców, a zwłaszcza mniejszych firm, ubezpieczenie zdrowotne stawało się źródłem coraz wyższych kosztów. Realną alternatywą

[519] Congerssional Budget Office, *Updated Budget Projections: 2019 to 2029*, 02.05.2020, https://www.cbo.gov/publication/55151 (dostęp: 02.04.2020).

dla ubezpieczeń zdrowotnych, zyskującą coraz większą popularnością, stała się więc opcja tzw. samo-ubezpieczenia (self-insured). Zastosowanie tego rozwiązania wymagało jednak kolejnych zmian w prawie. Te nadeszły w 1974 r. wraz z uchwaleniem przez Kongres Ustawy o Zabezpieczeniu Emerytalnym Pracowników i jej dalszymi poprawkami (Employee Retirement Income Security Act – ERISA). Zapisy ustawy pozwalają, aby to sami pracodawcy pełnili rolę *ubezpieczyciela* tworząc swoje własne plany zdrowotne. Tym samym za finansowanie pracownikom dostępu do świadczeń medycznych odpowiada ich pracodawca, chociaż proces zarządzania wydatkami na te cele może być zostać zlecony podmiotowi zewnętrznemu np. towarzystwu ubezpieczeniowemu – usługa ta nazywana jest administracyjną obsługą planu ubezpieczeniowego (Administered Service Only – ASO). Oznacza to, że pełną odpowiedzialność finansową ponosi pracodawca a nie ubezpieczyciel, na którym spoczywa obowiązek zapewnienia odpowiednich środków na te cele. Środki te transferowane są na specjalny fundusz. Z tego tytułu rozwiązanie to jest bardziej popularne w dużych przedsiębiorstwa ze względu na ich większe możliwości finansowe.

Ustawa zapewnia pracodawcom szereg korzyści nieosiągalnych w przypadku typowych ubezpieczeń zdrowotnych. W szczególności zaliczyć do nich można: zniesienie stanowych wymogów dotyczących zakresów ubezpieczenia (np. wymogu ubezpieczania rzadkich chorób czy określonych usług świadczonych przez poszczególne grupy interesu) czy zwolnienie takich planów ze stanowych podatków od składek ubezpieczeniowych płaconych przez towarzystwa ubezpieczeniowe. Pełną listę korzyści wynikających z posiadania planów opartych na samo-ubezpieczeniu przedstawia tabela 6. Część z tych korzyści była podobna do przywilejów jakie uzyskały plany Blue Cross i Blue Shield w latach 30-tych XX w., co również w przypadku planów opartych na samo-ubezpieczeniu oznaczało zgodę na pewne dodatkowe wymogi jakie plany te musiały spełniać. Wymogi te między innymi zabraniają dyskryminacji pracowników o wyższym i niższym wynagrodzeniu w zakresie zapewniania świadczeń.[520] Należy także pamiętać, że w pewnym stopniu, *standardowa* oferta ubezpieczycieli nie ma już znaczenia. Dodatkowo, przy tworzeniu takiego planu firma musi brać pod uwagę alternatywę w postaci ubezpieczenia, gdyż np. w przypadku radykalnej redukcji zakresu

[520] Congressional Budget Office, *The Tax Treatment of Employemnt-Based Health Insurance*, Congressional Budget Office, USA 1994, s. 5-6.

przysługujących świadczeń rezultatem może być niezadowolenie pracowników, odejścia do konkurencji itp.

Tabela 6. Korzyści dla pracodawców wynikające z planów opartych na samo-ubezpieczeniu

Rodzaj korzyści	Opis
Większa elastyczność	Pracodawca może dostosować plan do konkretnych potrzeb zdrowotnych pracowników, w przeciwieństwie do zakupu "uniwersalnego" ubezpieczenia.
Korzyści odsetkowe	Pracodawca może czerpać korzyści z własnego utrzymywania rezerw finansowych np. w postaci odsetek z lokat. W innym przypadku dochody te zostałyby zainwestowane przez ubezpieczyciela bez dzielenia się zyskiem z pracodawcą.
Lepsza płynność	Pracodawca nie musi płacić "z góry" za dane usługi co zapewnia lepszy przepływ środków w przedsiębiorstwie.
Zniesienie regulacji stanowych	Plany oparte na samo-finansowaniu są regulowane przez prawo federalne (ERISA) dzięki czemu nie muszą przestrzegać stanowych wymogów np. co do zakresu ubezpieczenia.
Korzyści podatkowe	Od "składek" płaconych przez pracodawców nie są pobierane stanowe podatki od składek ubezpieczeniowych wynoszące około 2-3% ich wysokości.
Lepsza współpraca z dostawcami	Pracodawca może zawrzeć umowę z dostawcami lub siecią dostawców najlepiej dostosowaną do potrzeb zdrowotnych swoich pracowników.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Self-Insurance Institute of America, *Self-insured health group plan*, brak daty, https://www.siia.org/i4a/pages/index.cfm?pageID=4546 (dostęp: 03.04.2020).

Czas jednak pokazał, że korzyści te znacząco przewyższają ograniczenia, co wpłynęło na wzrost zainteresowania tego typu rozwiązaniem ze strony przedsiębiorstw, zwłaszcza tych zatrudniających tysiące pracowników. Wg danych KFF, w 2019 r. aż 61% wszystkich pracowników objętych było planami opartymi na samo-ubezpieczeniu. Charakterystyczne jest również to, że odsetek ten jest znacząco wyższy w firmach zatrudniających powyżej 1.000 pracowników (86%) w porównaniu do firm zatrudniających mniej niż 200 pracowników (17%).[521] Nie powinno to dziwić z uwagi na fakt, że większość z ubezpieczonych pracowników jest zatrudniana w większych firmach. Jeszcze inne źródła podają, że planami tego typu (w 2016 r.) było objętych 60% pracowników i ich rodzin (około 105 mln) z łącznej liczby 176 mln osób otrzymujących

[521] Kaiser Family Foundation, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA 2019, s. 171.

dostęp do usług medycznych przez pracodawcę. Jak się okazuje, rozwiązania takie są skuteczne, ponieważ pozwalają na zmniejszenie kosztów pracodawców przy jednoczesnym odpowiednim dbaniu o zdrowie pracowników.[522] Dla porównania, wg danych Instytutu Badań Świadczeń Pracowniczych (Employee Benefit Research Institute – EBRI), w 2000 r. tego typu planami było objętych około 50 mln pracowników wraz z ich rodzinami.[523]

Ponadto, w celu ograniczenia ryzyka wysokich kosztów i strat finansowych wiele z tych planów zawiera dodatkową opcję, tzw. *stoploss*, ustalającą maksymalny limit odpowiedzialności pracodawcy. W przypadku jego przekroczenia koszty są przejmowane przez ubezpieczyciela. W pewnym sensie, pozwala to ubezpieczycielom na *odzyskanie* części utraconych przychodów z tytułu braku sprzedaży ubezpieczeń zdrowotnych.

Rosnąca popularność opcji samo-ubezpieczenia przełożyła się także na rozwój oferty tego typu dla małych firm,[524] w postaci tzw. *level funded*. *Level funded* jest planem typu self-insured, ale w odróżnieniu od planów większych firm, posiada on niższe poziomy odpowiedzialności ubezpieczyciela (tzw. *attachment points*). Kwoty płacone za tego typu usługi finansowe przypominają składki ubezpieczeniowe, jednak podstawowa zasada działania tego planu jest taka sama. Pozwala to mniejszym firmom (o mniejszych przychodach) na ograniczenie ich kosztów z poziomu, który dla większych podmiotów nie stanowi takiego problemu. Wg szacunków w 2019 r. około 7% z firm zatrudniających mniej niż 200 pracowników posiadało plany typu *level funded*.[525]

Pozostałe sposoby ograniczania kosztów opieki zdrowotnej

W związku z tym, że źródłem jednych z najwyższych kosztów usług medycznych są szpitale oraz lekarze wysiłki rynku skoncentrowane zostały na znalezienie

---

[522] S. E. Goldberg, M. S. Fragala, J. G. Wohlgemuth, *Self-Insured Employer Health Benefits Strategy Established a Negative Cost Trend While Improving Performance*, „Population Health Management" 2019, nr 6, s. 547-548; J. C. Barnett, E. R. Berchick, *Health insurance coverage in the United States: 2016*, Census Bureau, Waszyngton 2017, s. 4.

[523] Self-Insurance Institute of America, *Self-insured health group plans*, brak daty, https://www.siia.org/i4a/pages/index.cfm?pageID=4546 (dostęp: 03.04.2020).

[524] Szczególnie tych zatrudniających mniej niż 50 pracowników.

[525] Kaiser Family Foundation, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA 2019, s. 170, 174.

alternatywnych podmiotów mogących oferować część z tych usług w odpowiedniej jakości, ale przy relatywnie niższym koszcie. Dlatego w zdecydowanej większości, bo aż w 82% firmach zatrudniających 50 lub więcej pracowników usługi medyczne świadczone są także przez kliniki detaliczne zlokalizowane w takich miejscach jak apteki, supermarkety czy inne sklepy detaliczne. W takich placówkach pracują głównie asystenci lekarzy oraz pielęgniarki zajmujące się drobniejszymi chorobami oraz świadczącymi usługi profilaktyczne. Wiele firm ma także w swoich planach zdrowotnych usługi telemedycyny czy placówki w dogodnych dla pracowników lokalizacjach.[526]

Rozwój i konkurencja ze strony klinik detalicznych w wielu stanach podlega presji ze strony lekarzy, a konkretnie AMA. Działania AMA są skoncentrowane na ograniczaniu zakresu usług jakie takie sieci mogą świadczyć. Odbywa się to na szczeblu stanowym poprzez wydawanie odpowiednich regulacji określających zakres usług jakie mogą pełnić np. pielęgniarki. Spowodowałoby to sytuację, w której poszczególnie usługi medyczne nie mogłyby być świadczone w tych placówkach bez udziału lekarzy. Niemniej, nie wszędzie takie działania przynoszą zamierzone efekty. Przykładowo, już w ponad 20 stanach zostało uchwalone prawo zezwalające pielęgniarkom na wykonywanie swojej pracy bez nadzoru lekarza w tym na przepisywanie leków (jest to tzw. *full practice authority*). Ostatecznie, lekarze nie zdołali zapobiec konkurencji z kilku powodów. Po pierwsze, na rozwojowi rynku zależy wielu podmiotom od dużych sieci detalicznych (CVS Health i Walgreens) przez mniejsze sieci, innych lekarzy po takie uznane instytucje jak chociażby Klinika Mayo. Liczba podmiotów chętnych do współpracy stale rośnie, co utrudnia działania monopolistyczne ze strony AMA. Po drugie, duże sieci dzięki odpowiednim możliwościom finansowym mogą pozwolić sobie na (kontr)lobbing. Po trzecie, AMA trudno jest odeprzeć wrażenie, że głównym powodem zdecydowanych jej działań nie jest chęć utrzymania relatywnie wysokich zarobków lekarzy. Po czwarte, przeprowadzane badania na temat jakości oraz zadowolenia ze świadczonych usług potwierdzają wysokie standardy świadczonych usług przez kliniki detaliczne.[527]

Szczególnie ważny jest także fakt, że plan zdrowotny w formie samo-ubezpieczenia pozwala na ominięcie pośrednika w postaci ubezpieczyciela i korzystanie

[526] Ibidem, s. 15-16.
[527] D. A. Hyman, C. Silver, *Overcharged: Why Americans Pay Too Much For Health Care*, Cato Institute, USA 2018, s. 329-330.

bezpośrednio z usług dostawców. Konkurencja ze strony klinik detalicznych doprowadziła także do pozytywnych efektów w postaci obniżenia cen przez część lekarzy zrzeszonych w prywatnych praktykach medycznych. Jak się okazuje, różnica w cenach jest ogromna i trudno wcześniej uprzywilejowanym podmiotom o utrzymanie ich dotychczasowej pozycji przy tańszej konkurencji.[528]

Inny przykład to dynamiczny rozwój specjalistycznych ośrodków medycznych oferujących wiele zabiegów bezpośrednio swoim pacjentom poza systemem ubezpieczeń w relatywnie niskich cenach. W takiej działalności szczególnie wyróżnia się Surgery Center of Oklahoma (SCO). Przykładowo, operacja zatok w SCO kosztuje 5.885 USD w porównaniu do 33.505 USD w przypadku starszego gracza na rynku – Integris, a jest to cena tylko za samą hospitalizację.[529] Tak wysoka różnica w cenie wynika głównie z kosztów jakie potrafią wygenerować szpitale. Na tę cenę składa się między innymi: 360 USD za steryd dostępny w sprzedaży hurtowej za jedyne 75 centów czy 630 USD za trzy dawki środka przeciwbólowego, które razem kosztują szpital około 1,50 USD. W kolejnym przypadku, jeden ze szpitali w Kalifornii wycenił koszt tomografii komputerowej na 6.707 USD, z czego ubezpieczony[530] pracownik z własnej kieszeni zapłacił 2.336 USD. Gdyby płatność została dokonana w klinice detalicznej całkowity koszt wyniósłby 1.054 USD. Podobnie było w sytuacji, gdy jeden ze szpitali w Kolorado naliczył ubezpieczonemu 600 USD opłaty za zdjęcie rentgenowskie, ale już tylko 70 USD za płatność bezpośrednią poza ubezpieczeniem. Gdy za jakiś czas ta sama osoba potrzebowała MRI, koszty własne z ubezpieczenia wyniosłyby 1.100 USD, ale już 600 USD za płatność w gotówce. Z kolei inny podmiot ze stanu Michigan pobiera od pacjentów opłatę w wysokości 510 USD w przypadku planu HDHP, ale już tylko 265 USD za płatność bezpośrednią *poza* ubezpieczeniem.[531]

Przykłady te nie są żadnymi wyjątkami i występują na terenie całego kraju. Finansowanie nawet nisko-kosztowych usług przez mające monopolistyczne przywileje szpitale prowadzi do niebotycznego wzrostu kosztów. Jak bardzo poważna jest to sytuacja pokazują liczne przykłady, kiedy usługi nabywane bezpośrednio są znacznie

[528] Ibidem, s. 331.
[529] Cena w SCO jest ceną całkowitą.
[530] Nie było to więc samo-ubezpieczenie.
[531] D. A. Hyman, C. Silver, *Overcharged: Why Americans Pay Too Much For Health Care*, Cato Institute, USA 2018, s. 332-333.

tańsze niż te oferowane przez ubezpieczenia zdrowotne co jasno przeczy idei ubezpieczenia się. Dlatego rozwój rynku klinik detalicznych należy zaliczyć do bardzo ważnego trendu mającego szansę na zmianę struktury finansowania dostępu do usług medycznych w USA. Powyższe przykłady pokazują także dobitnie, że brak posiadania ubezpieczenia zdrowotnego nie musi oznaczać narażania się na ogromne koszty a procesy konkurencji mają pozytywny wpływ na wszystkich uczestników rynku. Można także stwierdzić, że wyniku interwencjonizmu ubezpieczenie zdrowotne nie gwarantuje przystępności cenowej o jakiej marzy wielu Amerykanów. Nie ma także niczego niezwykłego w stwierdzeniu, że taka regulowana instytucja ubezpieczenia ostatecznie wprowadza w błąd nieświadomych ubezpieczonych (konsumentów) jeśli chodzi o koszty. W istocie, kiedy cena spada ilość nabywana danych dóbr i usług rośnie. W takim wypadku w ogóle nie powinny dziwić wyniki słynnego już zdrowotnego eksperymentu przeprowadzonego w latach 70-tych XX w. przez instytucję RAND. Jego wyniki, w obliczu dorobku teorii ekonomii, nie zaskakują. Badania przeprowadzone na 7700 osobach pokazały, że kiedy poziom ich kosztów rośnie maleje ilość usług medycznych z jakich korzystają. [532] Te badania nie są potwierdzeniem teorii, to teoria *potwierdza* wspomniany eksperyment, bo dzięki niej można odpowiednio zrozumieć jego wartość.

Także same towarzystwa ubezpieczeniowe są świadome istniejących problemów i podejmują działania mające na celu lepszą ocenę i zarządzanie ryzykiem. W tym wypadku sięgają one po bardziej niekonwencjonalne metody np. w postaci osiągnięć medycyny alternatywnej. Pewnego rodzaju przełomem (w połowie lat 90-tych) dla tego typu praktyk była decyzja o zwrocie kosztów ubezpieczonym przez Mutual of Omaha Insurance Company – największego ubezpieczyciela na rynku indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych – jeśli ci zdecydują się na udział w nowatorskim wówczas programie łączącym zdrową dietę, medytację oraz ćwiczenia w celu leczenia chorób serca. Był to tzw. *program odwrócenia* (*reversal program*) opracowany przez dr. Deana Ornisha – dyrektora Instytutu Badań Medycyny Prewencyjnej w Sausalito w Kalifornii. Program ten był pierwszą niechirurgiczną i niefarmaceutyczną terapią chorób serca, której koszty kwalifikowały się do zwrotu ubezpieczenia, a co więcej dawał nadzieję na całkowite wyleczenie choroby, a nie tylko spowolnienie jej rozwoju. Spowodowało to

[532] Więcej na ten temat zob. R. H. Brook i in., *The Health Insurance Experiment: A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate*, RAND Corporation, Santa Monica 2006.

zainteresowanie tym oraz podobnymi innymi planami przez pozostałe towarzystwa ubezpieczeniowe. Kluczowe okazały się koszty. Plan dr Ornisha wiązał się z wydatkiem 3.500 USD rocznie, co stanowiło ekwiwalent 10% kosztów tradycyjnego leczenia choroby wieńcowej. Jest o tyle istotne, że operacja pomostowania naczyń wieńcowych stanowi bardzo kosztowny element opieki zdrowotnej w USA i tym samym kosztów ubezpieczycieli.[533]

Dla towarzystw ubezpieczeniowych oznaczało to możliwość zmniejszenia kosztów, a także znacząco wpłynęło na rozwój tego typu rozwiązań skoncentrowanych na aktywizacji dbania ubezpieczonych o własne zdrowie, a więc zmniejszania ryzyka ubezpieczeniowego. Współcześnie podobnych rozwiązań jest już o wiele więcej.

Także wielu pracodawców ma programy, które pomagają pracownikom identyfikować problemy zdrowotne i zarządzać chorobami przewlekłymi włączając w to: ocenę ryzyka zdrowotnego, badania biometryczne czy programy promocji zdrowia. Przykładowo, w 2019 r. 41% małych firm i 65% dużych firm zapewnia pracownikom możliwość ukończenia programu oceny ryzyka zdrowotnego. Ocena ta obejmuje pytania dotyczące historii choroby, stanu zdrowia i stylu życia danej osoby. 51% dużych firm wprowadziła w tym celu zachęty dla pracowników. Mogą one obejmować: między innymi karty podarunkowe, towary lub podobne nagrody, niższe składki czy nagrody finansowe w postaci gotówki itp. Ponadto, wśród dużych firm posiadających programy badań biometrycznych, 14% nagradza lub karze pracowników na podstawie uzyskania określonych wyników biometrycznych np. osiągnięcia docelowego BMI. Wielkość tych zachęt jest zróżnicowana. Wśród 17% dużych firm oferujących nagrody i kary za uzyskanie odpowiednich wyników biometrycznych maksymalna nagroda wynosi 150 USD, z kolei nagrodę w wysokości 1.000 lub wyższą oferuje 11% z nich.[534]

---

[533] M. O'Neill, brak daty, *Unusual Heart Therapy Wins Coverage From Large Insurer*, https://www.nytimes.com/1993/07/28/health/unusual-heart-therapy-wins-coverage-from-large-insurer.html (dostęp: 07.04.2020); Jest to cyfrowa wersja artykułu opublikowanego pierwotnie na łamach New York Times 28 czerwca 1993 r.

[534] Kaiser Family Foundation, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA 2019, s. 14.

Turystyka medyczna jako realna alternatywa dla kosztowanego leczenia w USA

Opcja samo-finansowania dała części pracodawcom więcej możliwości w dobieraniu odpowiednich rozwiązań mających wspomóc ich pracowników w procesie leczenia oraz obniżyć koszty. Tak jak w przypadku towarzystw ubezpieczeniowych, również w tym wypadku można mówić o przełomowych inicjatywach stosowanych później przez coraz więcej podmiotów (firm). Pracodawcy, oprócz stosowania różnych zachęt do prowadzenia zdrowszego stylu życia przez pracowników itp., zwrócili swoją uwagę na dynamicznie rozwijający się rynek turystyki medycznej. Korzyści jakie odnosili ze współpracy z klinikami detalicznymi były jednym z powodów dla poszukiwania mniej kosztowych opcji również dla poważniejszych usług medycznych jak np. bardziej złożone operacje wymagające większej ilości czasu i dłuższego procesu rehabilitacji pracownika. W kraju usługi te są świadczone głównie przez szpitale, ale ogromnym problemem jest ich koszt. Dlatego pracodawcy (i towarzystwa ubezpieczeniowe) zaczęli poszukiwać alternatywnych rozwiązań również poza granicami USA. W tym wypadku przewaga zagranicy nad USA polega na tym, że model sieci klinik detalicznych został także zastosowany właśnie do operacji czy innych poważniejszych zabiegów, a nie tylko do mniej zaawansowanych usług.

Rozwój światowego rynku turystki medycznej jest niezwykle dynamiczny w czym udział mają także Amerykanie. Jeszcze w 2007 r. około 750.000 z nich podróżowało za granicę w celach medycznych. Z kolei w 2017 – jak informuje Patient Beyond Borders, instytucja zajmująca się badaniami tego rynku – było ich już 1,4 miliona. Wg szacunków na 2020 r. będzie to około 2,2 mln osób z USA. Główny powód to wysokie koszty usług medycznych w USA. Dynamikę wzrostu dla światowego rynku turystyki medycznej szacuje się na 15-25% rocznie. W ujęciu pieniężnym wartość tego rynku szacowana jest w przedziale 74-92 mld USD, a łączna liczna pacjentów wynosi 21-26 mln osób, którzy wydają średnio 3.555 USD na jedną wizytę.[535] Dla przedsiębiorstw w wielu krajach napływ turystów podróżujących w celach medycznych oznacza większe przychody niż w przypadku zwykłego biznesu turystycznego. Jako przykład może posłużyć Izrael. Wg raportu Ministerstwa Zdrowia w Izraelu z 2013 r. turysta medyczny wydawał w tym

[535] Patient Beyond Borders, *Quick facts about medical tourism*, brak daty, https://www.patientsbeyondborders.com/media (dostęp: 08.04.2020).

kraju średnio 5.000 USD *per capita* w porównaniu do 1.500 USD wydawanych przez zwykłych turystów.[536] Szczególnie imponujący jest szeroki zakres oferowanych usług oraz ich relatywnie niskie ceny, które w szczególności, porównaniu do cen w USA są niższe o kilkadziesiąt procent (tabela 7).

Tabela 7. Zakres oraz koszty oferowanych usług medycznych w poszczególnych krajach w porównaniu do USA

Najpopularniejsze miejsca docelowe (alfabetycznie)	**Zakres średnich oszczędności w porównaniu do cen w USA**
Brazylia	20-30%
Kostaryka	45-65%
Indie	65-90%
Izrael	b.d.
Malezja	65-80%
Meksyk	40-65%
Singapur	25-40%
Korea Południowa	35-40%
Tajwan	40-45%
Tajlandia	50-75%
Turcja	50-65%
Najpopularniejsze usługi medyczne:	
chirurgia kosmetyczna, stomatologia, zabiegi wykonywane na układzie naczyniowo-sercowym, usługi ortopedyczne, leczenie nowotworów, leczenie niepłodności, zabiegi zmniejszające masę ciała, usługi diagnostyczne.	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Patient Beyond Borders, *Quick facts about medical tourism*, brak daty, https://www.patientsbeyondborders.com/media (dostęp: 08.04.2020).

Zakres świadczonych usług jest więc bardzo szeroki, co jest odpowiedzią na różnorodne potrzeby pacjentów oraz konkurencję pomiędzy poszczególnymi krajami. Kluczowym czynnikiem są oczywiście koszty. Średnie oszczędności na kosztach usług medycznych w poszczególnych krajach w porównaniu do cen w USA są znaczne. Ponadto, Amerykanie korzystają nie tylko na zdecydowanie niższych kosztach tych usług, ale także na względnie dogodniej lokalizacji (np. Kostaryka czy Meksyk).

Co ciekawe znacznie niższe ceny oferują także kraje rozwinięte. Dr Martin Makary (Uniwersytet im. Johna Hopkinsa) podaje przykład Amerykanina, u którego na oddziale ratunkowym zdiagnozowano łagodny zawał serca. Następnie po

[536] J. Quirk, *Seasteading: How Floating Nations Will Restore the Environment, Enrich the Poor, Cure the Sick, and Liberate Humanity from Politicians*, Free Press, Nowy Jork 2017, s. 498-499. [Ebook].

ustabilizowaniu jego stanu zaproponowano mu operację wszczepienia bajpasów. Jej potencjalny koszt wynosił jednak aż 150.000 USD co przekraczało możliwości finansowe rodziny pacjenta. Zaczęła więc ona szukać tańszych opcji za granicą. Wysiłki te przyniosły skutek, gdyż udało się jej nawiązać kontakt z chirurgiem we Francji, który był gotowy na przeprowadzenie tego zabiegu w takiej samej jakości za 15.000 USD. Kiedy, przedstawiciel szpitala dowiedział się o planach operacji we Francji za kwotę dziesięciokrotnie niższą zaczął obniżać cenę zabiegu w szpitalu w USA – najpierw do 50.000 USD a później do 25.000 USD. Rodzina oraz pacjent byli jednak na tyle oburzeni zaistniałą sytuacją, że zdecydowali się na operację we Francji.[537] Przykład ten bardzo dobrze obrazuje pozytywny wpływ zagranicznej konkurencji na ceny oferowane przez krajowe instytucje posiadające przywileje monopolistyczne.

Równie istotny jest rozwój instytucji akredytacyjnych dbających o jakość oferowanych usług i tym samym o bezpieczeństwo pacjentów. Na terenie USA jedną z takich instytucji jest Joint Comission (JC) zajmująca się akredytacją tysięcy pomiotów oraz usług medycznych. W odpowiedzi na rosnące zapotrzebowanie tego typu usług związanych z turystyką medyczną JC utworzyła Joint Commission International (JCI) zajmującą się akredytacją międzynarodowych szpitali. W celu uzyskania akredytacji JCI zagraniczny szpital musi spełniać ten sam zestaw rygorystycznych wymogów co szpitale w USA. Obecnie, ponad 950 szpitalom i jednostkom klinicznym na całym świecie udało się otrzymać taką akredytację, a ich liczba ta rośnie o około 20% rocznie. Oznacza to, że oferowane usługi są nie tylko mniej kosztowe, ale co równie ważne, posiadają odpowiednią jakość. Podobnie sytuacja ma się w przypadku przychodni ambulatoryjnych. Agencje takie jak The Accreditation Association of Ambulatory Health Care (AAAHC) i American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities (AAASF), które akredytują przychodnie na terenie USA, także uruchomiły swoje międzynarodowe inicjatywy dotyczące opieki ambulatoryjnej.[538] Dodatkowo, osoby decydujące się na leczenie za granicą mogą wykupić ubezpieczenie od powikłań, co ogranicza ryzyko ponoszenia kosztów w przyszłości.

[537] M. Makary, *The Price We Pay: What Broke American Health Care – And How to Fix It*, Bloomsbury Publishing, USA 2019, s. 41-43. [Ebook].

[538] Patient Beyond Borders, *Quick facts about medical tourism*, brak daty, https://www.patientsbeyondborders.com/media (dostęp: 08.04.2020).

Oprócz instytucji akredytacyjnych, w USA widoczny jest rozwój wielu podmiotów pełniących rolę pośredników, oferującym Amerykanom szereg usług związanych z turystyką medyczną takich jak: organizacja procesu przyjęcia do zagranicznych szpitali i lekarzy, organizacja podróży samolotem, zakwaterowanie w hotelu czy zapewnienie podstawowych informacji na temat leczenia za granicą. Już w 2008 r. w USA istniało ponad 60 instytucji zajmujących się takimi usługami. Co ciekawe, także znaczące amerykańskie ośrodki medyczne jak Uniwersytet Harvarda, Uniwersytet w Bostonie, Uniwersytet Johna Hopkinsa czy Klinika w Cleveland założyły swoje własne szpitale i kliniki poza USA chcąc w ten sposób zająć część udziałów w dynamicznie rozwijającym się rynku.[539] Taki rozwój sytuacji może być dla niektórych dosyć zaskakujący, gdyż równie dobrze to właśnie USA mogą być wskazywane jako kierunek docelowy, jeśli chodzi o turystykę medyczną.

Co istotne w kontekście omawianej problematyki, rolę *pośredników* zaczęli pełnić również pracodawcy. Relatywnie niskie koszty zwróciły uwagę firm z planami zdrowotnymi opartymi na samo-ubezpieczeniu. Przedsiębiorstwem, które jako pierwsze przetarło szlaki dla tego typu praktyk był producent mebli HSM Solutions w stanie Nowy Jork. Ze względu na profil działalności pracownicy przedsiębiorstwa mieli problemy z urazami kręgosłupa. Standardowe leczenie np. urazów dysku było co jakiś czas powtarzane i tym samym męczące. Tymczasem lekarze w Indiach zamiast podobnych zabiegów przeprowadzali całkowitą wymianę dysku przy zachowaniu mobilności pacjenta. Wg szacunków firmy w USA koszt takiej operacji wyniósłby 300.000-400.000 USD w porównaniu do 38.000 USD (łącznie z ceną biletu w wysokości 5.000 USD) w Indiach. W przeciągu kilku lat od pierwszej tego typu podróży z podobnych usług skorzystało kilkuset pracowników przedsiębiorstwa i członków ich rodzin. W celu stworzenia odpowiednich zachęt dla pracowników firma podjęła jeszcze kilka innych istotnych działań, w tym: rezygnację z obciążania ich kosztami własnymi, finansowanie kosztów podróży pracownikom i osobom towarzyszącym oraz wypłacenie premii w wysokości 20% oszczędzanej kwoty. W porównaniu do kosztów własnych sięgających kilkaset lub kilku tysięcy dolarów w przypadku leczenia w USA stanowiło to dla pracowników zaskakującą odmianę. Te wszystkie korzyści były możliwe dzięki

---

[539] J. E. Dalen, J. S. Alpert, *Medical Tourists: Incoming and Outgoing*, „The American Journal of Medicine" 2019, nr 132, s. 9-10.

dużym oszczędnościom jakie, dzięki tańszemu leczeniu zagranicą, mogło wypracować przedsiębiorstwo – wg szacunków było to około 9,5 mln USD w ciągu pierwszych 6 lat od wprowadzenia tego typu rozwiązań. Później lista oferowanych zabiegów stale się rozszerzała i obejmowała także takie zabiegi jak: operacje bariatryczne, wymianę stawu kolanowego i biodrowego, operacje przepukliny czy endoskopię kolan i ramion, które to wykonywane są w bliższej USA Kostaryce[540] w której, jak się okazało, usługi te były jeszcze tańsze niż w Indiach.[541]

Te pozytywne doświadczenia sprawiły, że tego typu rozwiązania zaczęło stosować coraz więcej pracodawców. Można więc zauważyć pewien *okrężny* proces odchodzenia od wykorzystania ubezpieczenia zdrowotnego na którym wyraźnie zyskują pracodawcy oraz ich pracownicy. W pewnym sensie jest to także *zasługa* samo-ubezpieczenia, które nie zabrania na tego typu praktyk.

Rozwój rynku turystyki medycznej prowadzi do trudnej do wyobrażenia w USA skali obniżania kosztów. Dobrym przykładem jest LASIK – laserowa korekcja wzroku. W USA usługa ta i tak jest relatywnie tania, gdyż nie podlega finansowaniu przez płatnika trzeciej strony tak samo jak usługi chirurgii kosmetycznej. Jednak mimo wszytko, porównanie cen tej usługi w 2015 r., wypada na korzyść Indii, gdzie jej koszt wynosił 1.000 USD w porównaniu do 4.000 USD w USA. Przykład ten dobrze oddaje potencjał jaki tkwi w tym rynku. Innym, wartym uwagi przypadkiem jest szpital Narayana Hrudayalaya w Indiach specjalizujący się w operacjach serca. Dzięki świadczeniu usług na masową skalę, koszt zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego został obniżony do około 2.000 USD, co jest ogromnym osiągnięciem nie tylko w porównaniu do USA (123.000 USD w 2015 r.), ale także na rodzimym rynku, gdzie średnia cena za taki zabieg wynosiła około 5.000 USD. Na czele tej instytucji stoi dr Devi Shetty, indyjski kardiochirurg oraz przedsiębiorca i filantrop. Szpital jako strategię biznesową stosuje

[540] Przykładowo: w USA wymiana stawu kolanowego jednego z pracowników kosztowałaby ponad 50.000 USD. W Kostaryce koszt ten wyniósł około połowy tej kwoty. Koszt operacji żołądka (w przypadku innego pracownika) wyniósłby 30.000 USD, ale w Kostaryce jest to już nieco ponad połowa tej kwoty. Ponadto pracownicy otrzymali premię w wysokości co najmniej 2.500 USD – wszystko dzięki oszczędnościom. Dodatkowy rozgłos takim historiom nadają również media. Więcej na ten temat zob. B. Pitts, N. Battiste, *As More Americans Have Surgeries Overseas, US Companies Consider 'Medical Tourism' a Health Care Option*, 30.09.2013, https://abcnews.go.com/Health/americans-surgeries-overseas-us-companies-medical-tourism-health/story?id=20423011 (dostęp: 08.04.2020).

[541] J. Wojcik, *Self-insured firms offer medical tourism option to cut health care costs*, 15.12.2013, https://www.businessinsurance.com/article/00010101/NEWS06/312159991/Self-insured-firms-offer-medical-tourism-option-to-cut-health-care-costs (dostęp: 08.04.2020).

różnicowanie cenowe. Dla zagranicznych i zamożniejszych klientów koszt takiej usługi wynosi kilka tysięcy dolarów, co jednocześnie pozwala na zaoferowanie rdzennej ludności ubezpieczenia na tego typu zabiegi kosztującego ich kilkadziesiąt lub nawet kilkanaście centów miesięcznie. Imponująco wyglądają także wskaźniki umieralności wynoszące 1,4% w porównaniu do 1,9% w USA. Nie bez powodu dr Shetty został nazwany przez Wall Street Journal mianem Henrego Forda swojej działalności (*The Henry Ford of Heart Surgery*). W istocie, liczba zabiegów dokonywanych osiąga skalę masową. Liczba szpitali rozrosła się do kilkunastu jednostek na terenie całych Indii, a miesięczna liczba przeprowadzanych zabiegów wynosi około 24.000 na miesiąc.[542]

Nie jest to jedyny tego typu przypadek. Jako inny przykład może tutaj posłużyć Aravind Eye Hospitals (AEH) – jedna z największych sieci szpitali okulistycznych na świecie założona przez dr Govindappa Venkataswamy. Venkataswamy zaczynał od uruchomienia mobilnych klinik tak by móc docierać ze swoimi usługami do małych i odległych wiosek. Projekt ten był prowadzony przy współpracy z Royal Commonwealth Society for the Blind oraz z rządem Indii. Jednak największy jego wkład w poprawie zdrowia ludności był możliwy dzięki założeniu AEH – z początku małego szpitala, który szybko rozwinął się do bardzo dużej działalności. Wg badań Harvard Studium Business School, który powstał w 1976 r., do 1992 r. przebadał około 3,65 mln ludzi i przeprowadził 335.000 operacji zaćmy. Prawie 70% z tych operacji przeprowadzono po bardzo niskim koszcie dla ubogich lub nieodpłatnie. Model działalności jest podobny do biznesu D. Shettyiego – opiera się ona na obniżani kosztów poprzez osiągniecie jak największej skali działalności.[543]

Inny przykład to dr Azad Moopen, który stworzył międzynarodową sieć placówek medycznych – Aster DM Healthcare – w których skład wchodzi 16 szpitali, 85 klinik i około 200 aptek funkcjonujących na Bliskim Wschodzie oraz w Indiach. W ośrodkach tych zatrudnionych jest ponad 1 tys. osób i sieć ta cały czas się rozwija – powstają m. in. nowe, specjalistyczne placówki medyczne.[544]

[542] J. Quirk, *Seasteading: How Floating Nations Will Restore the Environment, Enrich the Poor, Cure the Sick, and Liberate Humanity from Politicians*, Free Press, Nowy Jork 2017, s. 491, 501-502, 511-512. [Ebook].

[543] N. Sanandaji, *The Henry Fords of Healthcare*, Institute of Economic Affairs, Wielka Brytania 2020, s. 31.

[544] Ibidem, s. 32.

Kolejny indyjski przedsiębiorca, który odniósł sukces na tym polu to dr Ranjan Pai, zarządzający Manipal Education and Medical Group – siecią 6 uczelni i 16 szpitali działających w takich krajach jak Indie, Malezja, Dubaj czy Nepal. W ramach sieci oferowane są różnorodne zabiegi takie jak: kompleksowe badania kontrolne, opieka kariologiczna, leczenie kręgosłupa, leczenie raka, przeszczep nerki czy operacje mózgu.[545]

Takich przykładów jest o wiele więcej i udowadniają one, że w poprawie dostępności do świadczeń medycznych, zamiast powszechnego ubezpieczenia, o wiele efektywniejsze są konkurencyjne i dynamiczne procesy rynkowe prowadzące do systematycznego obniżania kosztów przy jednoczesnym zwiększaniu skali działalności.

Relacje pomiędzy towarzystwami ubezpieczeniowymi a szpitalami

Często uważa się, że to rynek ubezpieczeniowy jest głównym motorem napędowym stojącym za rosnącymi kosztami opieki zdrowotnej. W tego typu osądach nie uwzględnia się roli regulacji stanowych oraz federalnych czy ograniczeń podażowych. Za te drugie, w znaczącym stopniu odpowiadają amerykańskie szpitale.[546]

Jedną z cech charakterystycznych amerykańskiego systemu szpitalnego jest brak cen. Pacjent otrzymując określone usługi szpitalne finansowane przez ubezpieczyciela nie może oszacować ich kosztu, a nawet nie czuje takiej potrzeby. Nie może zatem należycie ocenić, ile musiałby za nie zapłacić z własnej kieszeni. Jest to między innymi pokłosie negocjacji pomiędzy szpitalami a ubezpieczycielami. W większości przypadków regulacje stanowe nie wymagają od dostawców (szpitali) ujawniania cen. Jak wskazuje Nicholas DeSimone z Reason Foundation takie praktyki prowadzą do ogromnych rozbieżności cenowych pomiędzy szpitalami obejmujących przypadki najczęstszych procedur medycznych (tj. usunięcia wyrostka robaczkowego, histerektomii, cesarskiego cięcia czy wymiany stawu kolanowego). Przykładowo, w Kalifornii cena za usunięcie wyrostka robaczkowego może wynosić od 1.529 USD do nawet 182.955 USD w zależności od miejsca, w którym taki zabieg jest wykonywany. Powodem nie są jednak

[545] Ibidem, s. 32-33.
[546] Więcej informacji na ten temat zostało zawartych w podrozdziale 3.6.

różnice w kosztach tych zabiegów, ale monopolistyczne przywileje części szpitali.[547]

Co istotne, towarzystwa ubezpieczeniowe nie mogą skorzystać z oferty tańszych konkurentów (jak ma to miejsce w przypadku sieci klinik detalicznych) z dwóch głównych powodów. Po pierwsze, może ich zwyczajnie brakować na danym obszarze. Po drugie, szpitale posiadające większość placówek w ramach swoich sieci i pozycję monopolistyczną potrafią ją wykorzystać w celu ograniczenia konkurencji w postaci innych dostawców poprzez restrykcyjne wymogi w umowach z ubezpieczycielami. Jako przykład może posłużyć umowa między ubezpieczycielem Cigna Corp a Szpitalem Prezbiteriańskim w Nowym Jorku (NewYork-Presbyterian) wg zapisów której ubezpieczyciel nie mógł korzystać z dodatkowych usług konkurencyjnego dostawcy – Northwell Health – w celu obniżenia kosztów. Ubezpieczyciel nie mógł także podpisać umowy wyłącznie z tańszym dostawcą, gdyż ten zwyczajnie nie dysponował odpowiednią liczbą placówek.[548]

Pewnym paradoksem jest fakt, że na wzrost cen usług szpitalnych jest również wynikiem łączenia swojej działalności przez poszczególne podmioty. Wyższe ceny pochodzą zarówno od dużych sieci szpitalnych będących jedynymi usługodawcami na danym obszarze jak i od szpitali specjalistycznych. Takie podmioty, ze względu na salę swojej działalności oraz poziom specjalizacji siłą rzeczy, muszą zostać uwzględnione w planach zdrowotnych ubezpieczycieli jako kluczowi dostawcy. W ostateczności przekłada się to na wyższe ceny ubezpieczeń zdrowotnych. Na nieregulowanym rynku konsolidacja przynosi korzyści w postaci pozytywnych efektów skali i obniżki kosztów. Taki jest zresztą ekonomiczny sens fuzji i łączenia biznesów, jednak na regulowanym rynku skutki są zupełnie odmienne. Ma to również negatywny wpływ na największe przedsiębiorstwa w USA, gdzie ze względu na restrykcyjne zapisy w umowach między szpitalami a ubezpieczycielami nawet tak duże podmioty jak Wallmart czy Home Depot nie były w stanie skutecznie wprowadzić w życie swoich własnych planów mających na

---

[547] N. DeSimone, *Why You're Paying More (and More) For Health Care*, 07.12.2018, https://fee.org/articles/why-you-re-paying-more-and-more-for-health-care/?utm_source=zapier&utm (dostęp: 09.04.2020).

[548] A. Wilde Mathews, *Behind Your Rising Health-Care Bills: Secret Hospital Deals That Squelch Competition*, 18.09.2018, https://www.wsj.com/articles/behind-your-rising-health-care-bills-secret-hospital-deals-that-squelch-competition-1537281963 (dostęp: 09.04.2020).

celu obniżenie kosztów opieki zdrowotnej. [549] Między innymi dlatego turystyka medyczna tak bardzo zyskuje na znaczeniu.

Taki stan rzeczy wpływa również na błędne postrzeganie prawdziwej natury sytemu ochrony zdrowia w USA przez europejskich polityków i decydentów w zakresie opieki zdrowotnej. Dobrze oddaje to wypowiedź Toma Sackville'a, byłego ministra zdrowia Wielkiej Brytanii podczas jego pobytu w Polsce:

Pozwólcie państwo, że przedstawię teraz drugą stronę tego systemu, tj. potencjalne niebezpieczeństwa związane z prawdziwym systemem rynkowym dla służby zdrowia. Chciałem państwu pokazać ten slajd, ponieważ takie są wyniki wprowadzenia systemu, który nie próbuje w żaden sposób regulować świadczeniodawców w celu kontroli kosztów. Jest to badanie przeprowadzane co roku przez federację. Liczba po prawej – 1.121 USD – to średnia cena płacona na rynku przemysłowym w Stanach Zjednoczonych, tj. przez 150 milionów amerykanów posiadających prywatne ubezpieczenie zdrowotne, za rezonans magnetyczny. Tak więc w Baltimore płaci się 1.121 USD za zabieg, który w Rotterdamie kosztuje 319 USD. Amerykanie mają wolny rynek, który jest wspaniały, ale nie udało im się znaleźć sposobu, aby powstrzymać lekarzy i szpitale przed wprowadzaniem karteli i monopoli. Tak jak i u nas, politycy w Stanach Zjednoczonych obawiają się lekarzy, ponieważ to oni wygrywają wyścigi polityczne. Dlatego też Federalna Komisja Handlu nie atakuje świadczeniodawców ze względu na to, że ludzie płacą więcej niż powinni za rezonans magnetyczny. Mimo skandaliczności takiego systemu, nikt w Białym Domu nie planuje, aby cokolwiek z tym zrobić. Możemy założyć, że wielu znanych amerykańskich polityków otrzymuje spore dotacje na rzecz kampanii politycznych od stowarzyszeń szpitali, stowarzyszeń medycznych i przemysłu farmakologicznego. Jest to interesujący rodzaj systemu. Jeśli więc planujecie państwo podążać tą drogą rynkową, będziecie musieli polegać na czymś więcej niż tylko siły rynkowe i przygotować regulacje cenowe dla wszystkich usług opieki zdrowotnej.[550]

Chociaż wypowiedź ta, w pewnych aspektach zawiera kilka prawdziwych i ważnych obserwacji, to wnioski do jakich ostatecznie prowadzi są fundamentalnie błędne a sama ocena amerykańskiego systemu bardzo niesprawiedliwa i krzywdząca. W istocie, wypowiedź ta jest efektem bardzo powierzchownej analizy nie oddającej należycie prawdziwego stanu rzeczy.

---

[549] Consumers for Quality Care, *Consumers Lose When Hospitals And Insurers Agree To Secret Contracts*, 21.09.2018, https://consumers4qualitycare.org/consumers-lose-when-hospitals-and-insurers-agree-to-secret-contracts/ (dostęp: 09.04.2020).

[550] T. Sackville, *Czynniki hamujące rozwój dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych na rynku brytyjskim*, w: D. M. Fal (red.), „Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Efektywny system na tle doświadczeń europejskich" 2013, nr 4, s. 98.

Po pierwsze, USA są postrzegane przez wielu polityków europejskich jako kraj, w którym państwo nie ingeruje istotnie w gospodarkę. USA w pierwszej kolejności kojarzą się z wolnością i kapitalizmem.

Po drugie, Sackville w ogóle nie odnosi się do istnienia bardzo wielu rządowych instytucji (funkcjonujących na szczeblu federalnym i stanowym) i regulacji znacząco wpływających na funkcjonowanie praktycznie każdej części amerykańskiego systemu ochrony zdrowia: AMA, FDA, Medicare, Medicaid, nierynkowego szpitalnictwa, regulacji ubezpieczycieli itd. W istocie, jest bardzo niewiele obszarów, gdzie takie interwencje są relatywnie niewielkie jak np. rynek klinik detalicznych lub rynek chirurgii kosmetycznej.

Po trzecie, brak jest odniesienia się do dynamicznej natury interwencjonizmu, rozwoju uprawnień tych instytucji, które nie funkcjonują w ograniczonym zakresie *z dala* od rynku, ale sale rozszerzają zakres swoich uprawnień jak np. FDA.

Po czwarte, co szczególnie ważne, często w takiej i innych wypowiedziach myli się lub miesza formę prawną instytucji (np. towarzystw ubezpieczeniowych) z zakresem regulacji jakiem są poddane. To, że z punktu widzenia prawa są to instytucje prywatne wcale nie oznacza, że automatycznie przekłada się to na uwarunkowania rynkowe. Z punktu widzenia ekonomii należyte działanie rynku wymaga bowiem braku interwencji ze strony państwa, a takie zjawisko w USA zwyczajnie nie miało miejsca zarówno w obecnym jak i poprzednim stuleciu. Mówienie o wysokich cenach za poszczególne usługi oferowane przez podmioty prywatne bez odniesienia się do sfery regulacji jest mijaniem się z prawdą. Wysokie ceny są efektem nierynkowych regulacji, jednak patrząc na uczestników rynku jako formalnie podmioty prywatne można odnieść inne wrażenie. Dlatego sądząc, że w USA procesy rynkowe prowadzą do znacznego wzrostu cen Sackville sugeruje kontrolę cen jako środek dla przeciwdziałania tego typu praktykom zapominając lub być może nawet nie wiedząc, że w całej historii systemu ochrony zdrowia USA były już one tak naprawdę wielokrotnie stosowane w wielu jego obszarach, co tylko pogarszało sytuację. Niemniej prawdą jest, że poszczególne grupy interesu jakie wymienia korzystają ze swoich monopolistycznych przywilejów, co ma swoje skutki w wysokich cenach i ograniczaniu konkurencji. Jednak takie działania nie są elementem nieskrępowanych procesów rynkowych. Tak naprawdę, Scakville za obecny stan rzeczy krytykuje działania skutecznie ograniczające rynek. Całą wypowiedź można by uznać za trafną jedynie w przypadku, gdyby udział poszczególnych rządów federalnych

i stanowych w tym obszarze był marginalny zarówno od strony fiskalnej jak i regulacyjnej, ale taki nie był w przeszłości oraz nie jest obecnie.

Kryzys tożsamości towarzystw ubezpieczeniowych

Opisanie wcześniej interwencje coraz bardziej uniemożliwiają towarzystwom ubezpieczeniowym odpowiednie funkcjonowanie. Regulacje stanowe znacząco ograniczają ich potencjał do należytej oceny ryzyka stanowiącej przecież rdzeń ich działalności. Do tego dochodzi zawyżanie cen przez dostawców (szpitale) czy tworzenie przez nich swoich własnych planów zdrowotnych. Wielu pracodawców wybiera także rozwiązania oparte na samo-ubezpieczeniu pozostawiając ubezpieczycielom zadania administracyjne. Rozwijają się także sieci klinik detalicznych oraz turystyka medyczna w których główną formą finansowania nie jest ubezpieczenie zdrowotne.

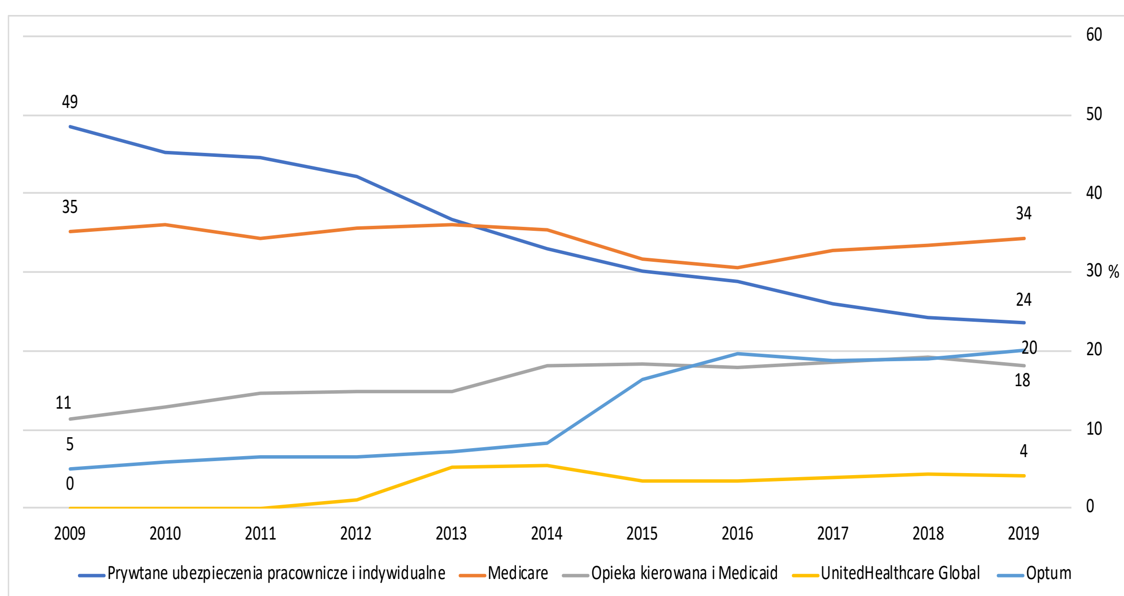
Obecne uwarunkowania doprowadziły więc do swego rodzaju kryzysu *tożsamości* ubezpieczycieli – jak ich obecną sytuację określił Bob Herman z Modern Healthcare. W obliczu tych trendów ubezpieczyciele stoją przed dużym wyzwaniem i *de facto*, są zmuszeni do poszukiwania alternatywnych możliwości osiągania zysków. Można wskazać na dwa główne kierunki tych działań. Pierwszy to obszar związany z usługami technologicznymi. Jedni z najbardziej znaczących ubezpieczycieli na rynku, UnitedHealth oraz Aetna, są pierwszymi którzy wyznaczyli nowe trendy w branży. Przykładowo, Optum to jednostka utworzona przez UnitedHealth zajmująca się świadczeniem usług analitycznych, farmaceutycznych oraz konsultingowych dla wielu organizacji będąc jednocześnie najlepiej rozwijającą się częścią całej grupy. Podobne inicjatywy chce rozwijać również Aetna oraz inni ubezpieczyciele.[551]

Drugim i być może jeszcze ważniejszym kierunkiem jest zwiększanie zaangażowania w obsłudze rządowych programów zdrowotnych Medicare i Medicaid. Jednak, nie powinno być to aż tak niezwykłe, również z tego powodu, że instytucje prywatne mające odpowiednie systemy i jakość zarządzania lepiej radzą sobie ze świadczeniem usług w ramach takich programów niż podmioty publiczne.

[551] B. Herman, *The health insurance industry's identity crisis*, 30.01.2016, https://www.modernhealthcare.com/article/20160130/MAGAZINE/301309964/the-health-insurance-industry-s-identity-crisis (dostęp: 10.04.2020).

Dobrze obrazuje to zmiana w strukturze przychodów ubezpieczycieli. Przykładowo, w 2007 r. przychody ze składek ubezpieczeń komercyjnych stanowiły aż 87% przychodów ze wszystkich składek Aetny, podczas gdy składki z obsługi programów Medicare i Medicaid stanowiły jedynie 13% całości. W 2017 r. proporcje te wynosiły już 47% do 53% na korzyść programów rządowych.[552] Zachodzące zmiany dobrze obrazują także dane na temat źródeł przychodów (lata 2009-2019) największego amerykańskiego ubezpieczyciela zdrowotnego – UnitedHealth Group (rysunek 37).

Rysunek 37. Zmiany w źródłach przychodów (w proc.) grupy UnitedHealth



Źródło: opracowanie własne na podstawie: UnitedHealth Group, *Annual Reports & Proxy Statements*, brak daty, https://www.unitedhealthgroup.com/investors/annual-reports.html (dostęp: 10.04.2020).

Uwagi: Optum to podmiot zależny świadczący głównie usługi technologiczne. W jego skład wchodzą trzy jednostki: OptumHealth świadczący usługi zdrowotne i wellness dla klientów indywidualnych, biznesowych i rządowych; OptumInsight zajmujący się oprogramowaniem oraz usługami informacyjnymi, doradczymi i outsourcingowymi dla branży opieki zdrowotnej; OptumRx zajmujący się przetwarzaniem oraz płatnościami związanymi z lekami na receptę. UnitedHealth Global to podmiot świadczący usługi zdrowotne rządom, przedsiębiorstwom i osobom prywatnym w ponad 130 krajach.[553]

[552] Aetna, *2009 Aetna Annual Report, Financial Report to Shareholders*, brak daty, http://www.annualreports.com/HostedData/AnnualReportArchive/a/NYSE_AET_2009.pdf (dostęp: 10.04.2020), [s. 5]; Aetna, *2018 Notice of Annual Meeting, 2018 Proxy Statement and 2017 Annual Reoport on Form 10-K*, 06.04.2018, http://www.annualreports.com/HostedData/AnnualReports/PDF/NYSE_AET_2017.pdf (dostęp: 10.04.2020), [s. 56].

[553] Więcej na temat poszczególnych działów grupy zob. Trefis, *UNH Revenues: How Does UnitedHealth Make Money?*, brak daty, https://dashboards.trefis.com/no-login-required/yiEfzczN/UnitedHealth-Revenues-How-Does-UnitedHealth-Make-Money-?fromforbesandarticle=unh190916 (dostęp: 10.04.2020).

Z powyższych danych można zaobserwować wyraźny spadek udziałów przychodów pochodzących z ubezpieczeń prywatnych oraz ich wzrost generowany przez świadczenie usług technologicznych (Optum). Nieznacznie zwiększył się także łączny udział przychodów z obsługi programów rządowych – z 46% w 2009 r. do 52% w 2019 r. Oznacza to, że tylko co czwarty dolar pochodzi z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. W pewnym sensie wyniki te mogą być *zniekształcone* przez udział Optum. W tym wypadku warto zaznaczyć, że występują znaczące różnice we wzroście przychodów z ubezpieczeń prywatnych i rządowych. W latach 2009-2019 wzrost przychodów z ubezpieczeń prywatnych wyniósł około 35%, przychodów z Medicare o 172% a przychodów z opieki kierowanej i Medicaid aż o 347%.[554]

Wg raportu PricewaterhouseCoopers (PwC) usługi zdrowotne w ramach Medicaid świadczone przez podmioty prywatne w 2016 r. obejmowały prawie 55 mln osób, co stanowiło już 73% wszystkich beneficjentów. W 2013 r. liczba beneficjentów wynosiła 34 mln co oznacza wzrost o 60%. Dla porównana, ich liczba w innych planach wzrosła jedynie o niecałe 4% (łącznie było to 75,2 mln osób w 2016 r.). Jest to także rezultat rozszerzania kwalifikowalności do tego programu jakie wprowadziła reforma ObamaCare, a towarzystwa ubezpieczeniowe lepiej radzące sobie z kosztami były dla poszczególnych stanów dobrymi partnerami do realizacji tej polityki.[555]

Innym, coraz bardziej atrakcyjnym biznesem dla ubezpieczycieli są także plany Medicare Advantage dające możliwość otrzymywania świadczeń Medicare w ramach prywatnych planów zdrowotnych, takich jak HMO i PPO, będących alternatywą dla tradycyjnie zarządzanego przez program federalny Medicare. Wartość wydatków na Medicare Advantage w 2019 r. oszacowano na 250 mld USD co stanowiło około 33% wydatków całkowitych. Dla ubezpieczycieli, w tym wypadku, najbardziej istotna jest zmiana polityki z oszczędnościowej na rozszerzającą beneficjentom korzyści po przystąpieniu do tego typu planów.[556]

Zachęca to coraz większą ich liczbę do świadczenia tego typu usług, co przekłada się także na rosnącą liczbę beneficjentów. W 2019 r. do Medicare Advantage zapisanych

[554] UnitedHealth Group, *Annual Reports & Proxy Statements*, brak daty, https://www.unitedhealthgroup.com/investors/annual-reports.html (dostęp: 10.04.2020)

[555] A. Gottlieb, *The steadying state of Medicaid in the United States*, PwC, USA 2016, s. 3.

[556] Kaiser Family Foundation, *Medicare Advantage*, 06.06.2019, https://www.kff.org/medicare/fact-sheet/medicare-advantage/ (dostęp: 10.04.2020).

było 22 mln (34%) z 64 mln wszystkich beneficjentów. Dla porównania, w 2009 r. było to 10,5 mln (23%) a w 1999 r. 6,9 mln osób (18%). Perspektywy także są bardzo obiecujące. Wg szacunków Congressional Budget Office (CBO) udział beneficjentów zapisanych do Medicare Advantage w 2029 r. ma wzrosnąć do 49% – głównie z powodu przechodzenia na emeryturę pokolenia baby-boom (roczniki 1946-1964). W pewnym sensie można nawet stwierdzić, że rząd tutaj *przegrywa na własnym podwórku*. Dlatego towarzystwa ubezpieczeniowe nie zwlekały i już wcześniej starały się zwiększyć swoje udziały w tym rynku. Największe udziały w rynku Medicare Advantage (2019 r.) mają najbardziej znaczący ubezpieczyciele zdrowotni: UnitedHealthcare (26%), Humana (18%), BlueCross/BlueShield (15%) czy Aetna (10%). Dzięki temu ubezpieczyciele mogą liczyć na miliardowe zyski. Ciekawy w tym względzie jest również fakt, że około 20% osób zarejestrowanych w Medicare Advantage (4,4 mln) dostęp ten uzyskuje dzięki swoim pracodawcom lub związkom zawodowym. Podmioty te wcześniej zawierają umowy z ubezpieczycielami dzięki którym po przejściu na emeryturę pracownika Medicare płaci ubezpieczycielowi stałą kwotę na każdego zarejestrowanego w celu zapewnienia mu świadczeń gwarantowanych przez Medicare.[557]

Zyski towarzystw ubezpieczeniowych

W obliczu narastających trudności towarzystw ubezpieczeniowych należy jeszcze odnieść się do zysków jakie osiągają. Temat ten często budzi dużo niepotrzebnych kontrowersji, głównie z uwagi na niezrozumienie funkcji zysku i poprzez błędne interpretacje wyników finansowych. Popularnym poglądem, często wygłaszanym przez polityków, jest ubolewanie nad *wysokimi* zyskami ubezpieczycieli (i kosztami administracyjnymi[558]) oraz jednoczesne propozycje przekazania tych *nadwyżek* na zwiększenie nakładów na opiekę zdrowotną. Takie osądy pomijają jednak korzyści jakie dzięki działalności ubezpieczycieli uzyskują osoby ubezpieczone.

Interesującej analizy pod tym kątem dokonał Chris Pope z Manhattan Institute.

[557] G. Jacobson i in., *A Dozen Facts About Medicare Advantage in 2019*, 06.06.2019, https://www.kff.org/medicare/issue-brief/a-dozen-facts-about-medicare-advantage-in-2019/ (dostęp: 10.04.2020).

[558] Temat ten został już poruszony w podrozdziale 3.4.

Pope wskazuje na problemy z kosztami generowanymi przez lekarzy czy szpitale, podczas gdy działalność ubezpieczycieli wymaga kontroli kosztów i tym samym roszczeń. Umożliwia to jednak oszczędności oraz lepsze zarządzanie środkami klientów. Przykładowo, efektywne zarządzanie planami Medicare Advantage przez prywatnych ubezpieczycieli sprawia, że są one o 10% mniej kosztowne, co oznacza około 1.000 USD dodatkowych oszczędności przypadających na każdego beneficjenta w ciągu roku. Dzięki temu każdemu z nich można np. zwiększyć zakres oferowanych usług, jakość opieki itp. Jest to jednak skutek rozsądnego administrowania kosztami i roszczeniami. Dodatkowo, taka kontrola kosztów zmniejsza koszty zakupu usług medycznych (mniejszy popyt), a zatem korzyści przewyższają koszty, których ponoszenie niektórym może wydawać się uzasadnione. Ponadto, Pope powołując się na dane Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) wskazuje, że w 2017 r. 34% wydatków na ochronę zdrowia w USA przeznaczono na szpitale, 28% na usługi medyczne, 13% na opiekę pielęgniarską a 11% na leki na receptę uważając, że to nie ubezpieczenie, *per se*, jest głównym czynnikiem generowania kosztów[559].

W ten sposób próbuje się przeciwstawić działania ubezpieczycieli zmierzające do ograniczania kosztów z działaniami dostawców je podwyższających. Należy jednak pamiętać, że taka próba *odseparowania* ubezpieczycieli od dostawców nie jest aż tak zasadna. Także ubezpieczenie, samo w sobie, ma bowiem wbudowane określone elementy mogące przyczynić się do wzrostu kosztów. Dlatego tak ważna jest ocena ryzyka, ograniczanie pokusy nadużycia itd. Jak jednak wielokrotnie zostało już wspomniane stosowanie tych narzędzi poprzez rządowe interwencje zostało ograniczone, wobec czego ubezpieczenie samo w sobie stało się istotnym źródłem generowania coraz większych kosztów, ale po stronie popytu (a nie podaży). Nie jest to krytyka działalności ubezpieczycieli, ale zwrócenie uwagi na fakt, że działają oni w mocno ograniczonych warunkach nie wynikających tylko i wyłącznie z działań dostawców.

Nieuzasadniona i krzywdząca, w tym względzie, pozostaje także krytyka zysków jakie osiągają ubezpieczyciele. Jako przykład mogą tutaj posłużyć słowa Elizabeth Warren – senator związaną z Partią Demokratyczną – podczas wstępnej debaty

---

[559] C. Pope, *Issues 2020: Private Health Insurance Saves Americans Money*, 01.08.2019, https://www.manhattan-institute.org/issues-2020-health-care-reform-private-insurance#notes (dostęp: 13.04.2020).

prezydenckiej w obozie Partii Demokratycznej z 2019 r.:

Tylko w zeszłym roku [2018 – przyp. aut.] *firmy ubezpieczeniowe wyssały 23 miliardy dolarów zysków z systemu opieki zdrowotnej*.[560]

Takie przedstawianie rzeczywistości wprowadza w błąd co do roli jaką odgrywają towarzystwa ubezpieczeniowe. Po pierwsze, chociaż sama podana wielkość łącznych zysków jest prawdziwa, to nic nie mówi ona na temat rentowności prowadzonego biznesu. Dla przeciętnego człowieka kwota ta może wydawać się ogromna, jednak dla ubezpieczycieli operujących miliardami dolarów już niekoniecznie. Jednym z głównych wskaźników dobrze obrazujących sytuację finansową ubezpieczycieli zdrowotnych (i nie tylko) jest rentowność sprzedaży. Jak się okazuje, zyski netto rzędu 23 mld USD stanowiły bowiem jedynie 3,3% pozyskanych ze składek przychodów ubezpieczycieli w 2018 r., a latach 2009-2018 wskaźnik ten kształtował się w przedziale 0,6-3,4%. Także sama wysokość zysków 2018 r. jest rekordowa, gdyż jeszcze rok wcześniej wynosiły one 16 mld USD a w 2016 r. 7 mld USD. (rysunek 38). Przy takich rentownościach kilkuprocentowe spadki przychodów lub wzrosty kosztów mogą doprowadzić do start. Warren podając więc wielkość z 2018 r. bardziej wykorzystuje ją do wzmocnienia swojego politycznego przekazu niż oddaje prawdziwy obraz rzeczywistości.

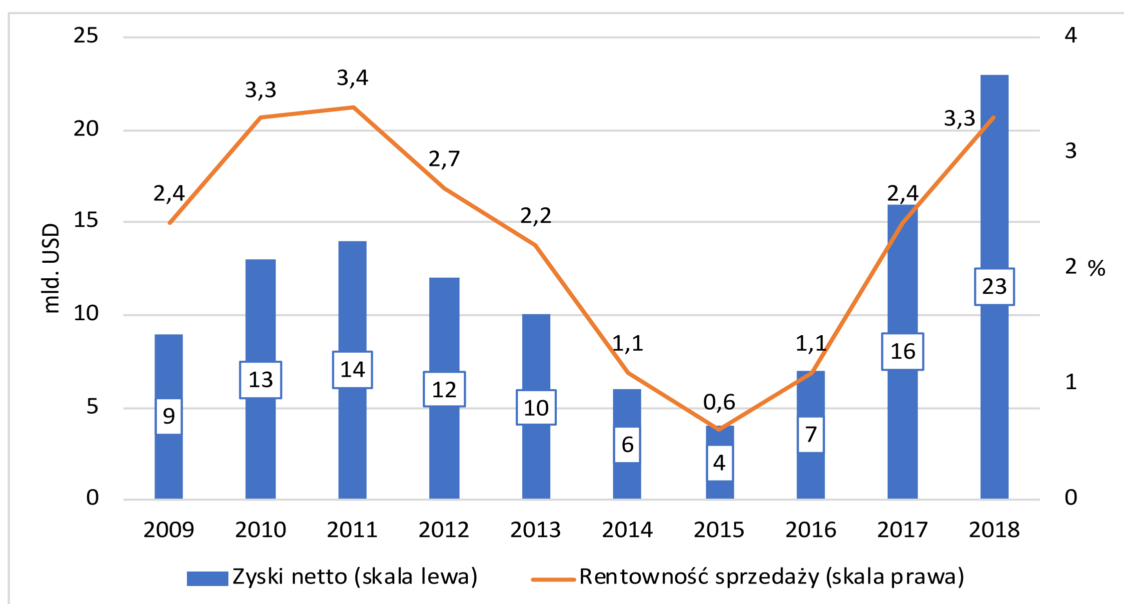
Po drugie, narzekając na zbyt *duże* zyski ubezpieczycieli, Warren nie bierze pod uwagę, że część z ich pochodzi z obsługi programów rządowych jak Medicare czy Medicaid z czego korzystają głównie ich beneficjenci. Prawdą jest, że przyczynia się do większych zysków ubezpieczycieli, ale zysk jest efektem wymiany. Zyskują obie jej strony. Jest to szczególnie widoczne w przypadku Medicare Advantage, gdzie seniorzy mają możliwość dokonania wyboru a programy oferowane przez ubezpieczycieli dają im więcej korzyści i są bardziej innowacyjne.[561]

---

[560] S. Luthra, J. Greenberg, *'Medicare For All' Emerges As Early Divide In First Democratic Debate*, 27.06.2019, https://khn.org/news/medicare-for-all-emerges-as-early-divide-in-first-democratic-debate/ (dostęp: 13.04.2020).

[561] B. Japsen, *As Sanders And Warren Attack, Health Insurer Profits Soar*, 04.08.2019, https://www.forbes.com/sites/brucejapsen/2019/08/04/as-sanders-and-warren-attack-private-health-insurer-profits-soar/#2af55502532b (dostęp: 13.04.2020).

Rysunek 38. Suma zysków netto oraz rentowność sprzedaży ubezpieczycieli zdrowotnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie: National Association of Insurance Commissioners (NAIC), *U.S. Health Insurance Industry: 2018 Annual Results*, NAIC, USA 2019, s. 2.

Po trzecie, ubezpieczyciele nie osiągają miliardowych zysków poprzez relatywnie dużą liczbę odmów wypłaty roszczeń, która przekłada się na rosnące zyski. Mówią o tym wskaźniki takie jak *loss ratio* czy *combined ratio*. *Loss ratio* jest stosunkiem wysokości sumy wypłacanych roszczeń oraz kosztów korekt w odniesieniu do sumy pozyskanych składek (wyrażany jest w ujęciu procentowym). Z kolei, *combined ratio* to stosunek sumy poniesionych start (zysków) oraz kosztów w odniesieniu do sumy pozyskanych składek. Wskaźnik ten nie uwzględnia dochodów z działalności inwestycyjnej i uważany jest za dobry miernik kondycji towarzystw ubezpieczeniowych, gdyż obrazuje ich zdolność do uzyskiwania zysków przez odpowiednie zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym. Również wyrażany jest procentowo. Wynik poniżej 100% oznacza, że ubezpieczyciel osiąga zyski.[562] W latach 2009-2018 średnia wysokość *loss ratio* wyniosła 85,4% (84% w 2018 r.) a *combined ratio* 97,6% (97% w 2018 r.).[563] Oznacza to, że zdecydowana większość przychodów ze składek przeznaczana jest wypłatę roszczeń. Wskaźniki te na

[562] Więcej na ten temat zob. A. Hayes, *Loss Ratio*, 24.09.2019, https://www.investopedia.com/terms/l/loss-ratio.asp (dostęp: 14.04.2020); A. Hayes, *Combined Ratio Definition*, 10.04.2019, https://www.investopedia.com/terms/c/combinedratio.asp (dostęp: 14.04.2020).

[563] National Association of Insurance Commissioners (NAIC), *U.S. Health Insurance Industry: 2018 Annual Results*, NAIC, USA 2019, s. 2.

przestrzeni ostatnich lat pozostają stabilne oraz są na relatywnie *niskim* poziomie tak samo jak rentowność sprzedaży.

Po czwarte, należy także wziąć pod uwagę wzrost kosztów w obliczu, którego podnoszone są nominalne wysokości składek, aby działalność ubezpieczycieli nie przynosiła strat. Wg raportu (National Association of Insurance Commissioners – NAIC) tylko w 2018 r. całkowite wydatki szpitalne i medyczne ubezpieczycieli wzrosły o ponad 28 mld USD[564] a wydatki administracyjne zwiększyły się o kolejne 14 mld[565] USD.[566] Nominalny wzrost wysokości składek oraz wzrost przychodów ze składek nie przekłada się jednak na istotnie większą rentowność sprzedaży co oznacza, że dla ubezpieczycieli podwyższanie wysokości składek służy bardziej zachowaniu opłacalności biznesu niż zwiększaniu zysków. Nie jest to zjawisko nowe. Bazując na wynikach finansowych największych ubezpieczycieli zdrowotnych w USA (udostępnionych w rankingu Fortune 500) można dojść do pięciu ciekawych obserwacji. Po pierwsze, w przypadku najbardziej wydajnych przedstawicieli branży ich rentowności są względem siebie dosyć zróżnicowane i w niektórych przypadkach wyższe niż średnia rynkowa z poprzednich lat, co jednak nie powinno dziwić, gdyż te podmioty najlepiej radzą sobie z zarządzaniem ryzykiem. Po drugie, mimo tego wyniki ich rentowności sprzedaży są i tak relatywnie niższe w stosunku do mediany dla całego rankingu Fortune 500. Po trzecie, podczas gdy na przestrzeni lat mediana rentowności sprzedaży dla całego rankingu pozostała tym samym poziomie (7,6 do 7,44%), to już w przypadku ubezpieczycieli zdrowotnych nastąpiło jej obniżenie z 4,9% do 3%. Po czwarte, w 2019 r. tylko w 2 na 8 przypadków wzrost zysków był wyższy niż wzrost przychodów (w proc.), co wskazuje między innymi na problemy z rosnącymi kosztami. Po piąte, Cigna mająca najwyższy wskaźnik rentowności sprzedaży w 2019 r. (5,42%) i tak znacząco odbiegała od mediany dla całego rankingu (7,44%) (tabela 8).

---

[564] Wzrost o 5% w porównaniu do 2017 r.

[565] Wzrost o 17,7% w porównaniu do 2017 r.

[566] National Association of Insurance Commissioners (NAIC), *U.S. Health Insurance Industry: 2018 Annual Results*, NAIC, USA 2019, s. 1.

Tabela 8. Wyniki finansowe ubezpieczycieli zdrowotnych osiągających największe przychody w 2007 oraz w 2019 r. wg Fortune 500

2019 r.					
		Przychody		**Zyski**	
Przedsiębiorstwo	**Rentowność sprzedaży (%)**	**mln USD**	**zmiana przychodów od 2018 r. (%)**	**mln USD**	**zmiana zysków od 2018 r. (%)**
UnitedHealth Group	5,30	226 247	12,5	11 986	13,5
Anthem	4,08	92 015	2,3	3 750	-2,4
Centene	1,50	60 116	23,8	900	8,7
Humana	3,00	56 192	5,8	1 683	31,3
Cigna	5,42	48 650	16,9	2 637	17,9
WellCare Health Plans	2,15	20 414	20	440	17,7
Molina Healthcare	3,74	18 890	-5	707	b.d.
Magellan Health	0,33	7 314	25,3	24	-78,1
Triple-S Management	-2,11	2 996,10	2,7	-63	-216,2
Mediana	**3,00**				
Mediana Fortune 500	**7,44**				
2007 r.					
		Przychody		**Zyski**	
Przedsiębiorstwo	**Rentowność sprzedaży (%)**	**mln USD**	**zmiana przychodów od 2005 r. (%)**	**mln USD**	**zmiana zysków od 2005 r. (%)**
UnitedHealth Group	5,81	71 542	58	4 159	26
Wellpoint	5,43	56 953	26	3 095	26
Aetna	6,66	25 569	12	1 702	4
Humana	2,27	21 417	49	487	58
Cigna	6,98	16 547	-1	1 155	-29
Health Net	2,55	12 908	8	329	43
Coventry Health Care	7,24	7 734	17	560	12
WellCare Health Plans	3,69	3 763	100	139	168
Amerigroup	3,77	2 835	22	107	100
Centene	-1,93	2 279	51	-44	-178
Medical Mutual of Ohio	4,90	2 039	10	100	57
Molina Healthcare	2,29	2 005	22	46	66
Sierra Health Services	8,14	1 719	24	140	17
Mediana	**4,90**				
Mediana Fortune 500	**7,6**				

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Fortune, *Fortune 500 (2019)*, brak daty, https://fortune.com/fortune500/2019/search/?industry=Health%20Care%3A%20Insurance%20and%20 Managed%20Care (dostęp: 14.04.2020); Fortune, *Fortune 500 (2007)*, brak daty, https://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune500/2007/industries/Health_Care_Insurance_Managed_Care/1.html (dostęp: 14.04.2020).

Erozja prywatnych ubezpieczeń a przyszłość systemu ochrony zdrowia USA

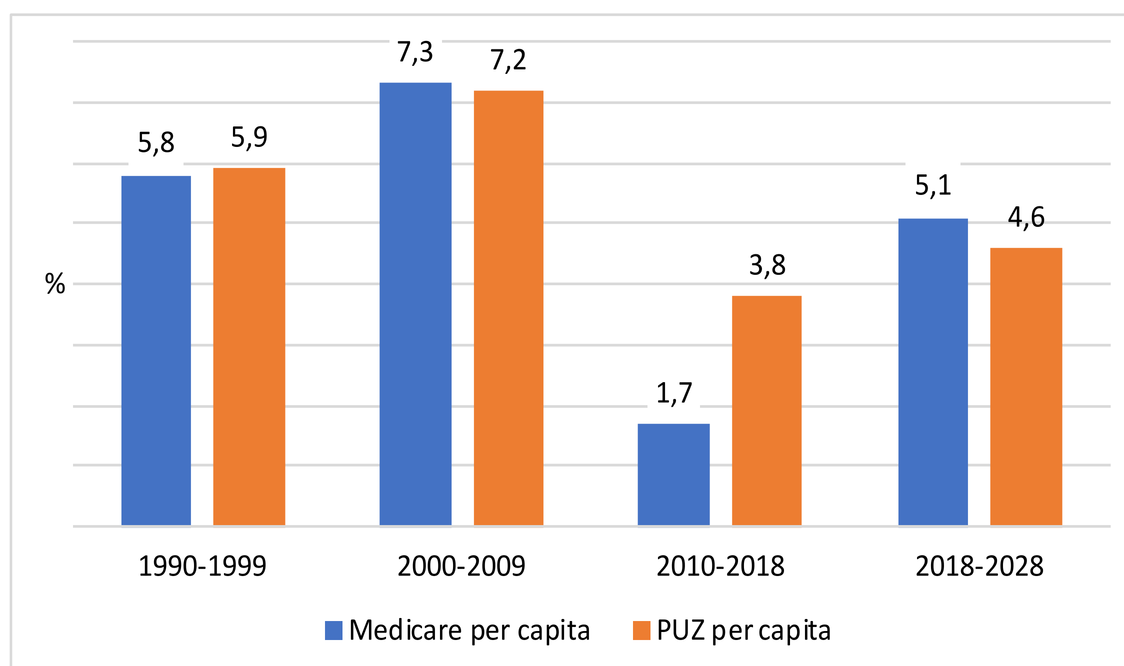
Można stwierdzić, że współczesny obraz rynku ubezpieczeń zdrowotnych oraz sposób funkcjonowania samych ubezpieczycieli odbiega od uwarunkowań rynkowych. Ubezpieczyciele nie mogąc świadczyć w odpowiednim zakresie swoich usług na swoim głównym rynku poszukują alternatywnych rozwiązań w postaci rynku nowych technologii czy rządowych programów zdrowotnych. Jednak, mimo istniejących problemów, rynek ubezpieczeń zdrowotnych wciąż odgrywa ważną, jeśli nie kluczową, rolę w amerykańskim systemie ochrony zdrowia. I chociaż nie jest to pozycja wynikająca z nieskrępowanych procesów rynkowych, to dalsze osłabianie ubezpieczycieli będzie jedynie dalej pogarszało sytuację. Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, mimo swoich problemów, stanowi bowiem jedną z głównych barier przed wprowadzeniem obowiązkowego rządowego ubezpieczenia dla wszystkich Amerykanów. Zwolennicy tej idei muszą wziąć pod uwagę nie tylko opór instytucji takich jak AMA, które już w przeszłości sprzeciwiały się takim planom, ale również przeszkodę w postaci rynku ubezpieczeń zdrowotnych, w tym planów opartych na samo-finansowaniu. System jednego płatnika musiałby ten rynek bardzo mocno ograniczyć, co oznaczałoby odebranie pracownikom dostępu do usług medycznych, korzyści podatkowych itd. Takie rozumowanie prowadzi także do konkluzji, że każda interwencja destabilizująca ten rynek jest kolejnym krokiem (świadomym lub nie) na drodze do wprowadzenia owego systemu.

Co ważne, interwencje takie nie muszą eliminować instytucji rynkowych bezpośrednio, ale mogą prowadzić do tego pośrednio poprzez stopniowe upodabnianie zasad ich funkcjonowania do rozwiązań nierynkowych. Taki właśnie proces odbywa się na rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz w działalności ubezpieczycieli. Regulacje stanowe znacznie ingerujące w proces oceny ryzyka oraz określające to co ma być przedmiotem ubezpieczenia czy zwiększanie swojego zainteresowania obsługą rządowych programów zdrowotnych przez ubezpieczycieli zdrowotnych coraz bardziej upodabniają instytucje rynkowe i ich ofertę do rządowych programów zdrowotnych, gdzie ostatecznie kalkulacja ryzyka czy procesy konkurencji nie występują. Ta swego rodzaju *erozja* rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i tak naprawdę instytucji ubezpieczenia powoduje, że różnice występujące pomiędzy produktami rynkowymi

a interwencjonistycznymi ulegają zacieraniu.

Widać to chociażby po wzroście kosztów zarówno w ubezpieczeń rządowych jaki i prywatnych. Dobrze ilustruje to rysunek 39 porównujący średni wzrost wydatków przypadających na jednego beneficjenta w programie Medicare oraz w prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych w poszczególnych dekadach. Wzrost kosztów w obydwu przypadkach ma bardzo zbliżoną dynamikę z wyjątkiem lat 2010-2018, gdzie tempo wydatków na Medicare spadło ze względu na cięcia oraz napływ młodszych (mniej kosztowych) beneficjentów programu. Jednak wg szacunków na lata 2018-2028 wartości te znowu będą do siebie bardzo zbliżone.[567] Pomimo różnych grup beneficjentów te podobne wyniki nie powinny dziwić – głównie z uwagi na wiele interwencji z przeszłości.

Rysunek 39. Średnioroczny procentowy wzrost wydatków per capita w programie Medicare oraz w prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych (PUZ) w poszczególnych okresach



Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Cubansky, T. Neuman, M. Freed, *The Facts on Medicare Spending and Financing*, 20.08.2019, https://www.kff.org/medicare/issue-brief/the-facts-on-medicare-spending-and-financing/ (dostęp: 15.04.2020).

Uwagi: Szacunki dla PUZ obejmują lata 2018-2027.

[567] J. Cubansky, T. Neuman, M. Freed, *The Facts on Medicare Spending and Financing*, 20.08.2019, https://www.kff.org/medicare/issue-brief/the-facts-on-medicare-spending-and-financing/ (dostęp: 15.04.2020).

Powyższe dane świadczą również o tym, że wiele działań podejmowanych przez ubezpieczycieli czy pracodawców jak np. świadczenie usług w ramach danej sieci, telemedycyna, programy nagradzające zdrowy tryb życia pracowników i wiele innych mogą w pewnym stopniu spowolnić lub zatrzymać wzrost kosztów na jakiś czas, ale już nie doprowadzić do ich spadku (lub wzrostu poniżej CPI). Nie jest dowód na wadliwość rynku, ale na skuteczność interwencjonizmu. Skuteczność rozumianą w tym sensie, że przestrzeganie danych regulacji, punktu widzenia ekonomii, musi prowadzić do wzrostu kosztów. Nie musi tak jednak być. Rozwój rynku chirurgii kosmetycznej, sieci klinik detalicznych czy turystyki medycznej pokazuje, że koszty te mogą być znacznie niższe a ich poziom może być konsekwentnie obniżany przez rynkowe procesy konkurencji funkcjonujące z dala od regulacji obejmujących tak wiele obszarów amerykańskiego systemu ochrony zdrowia.

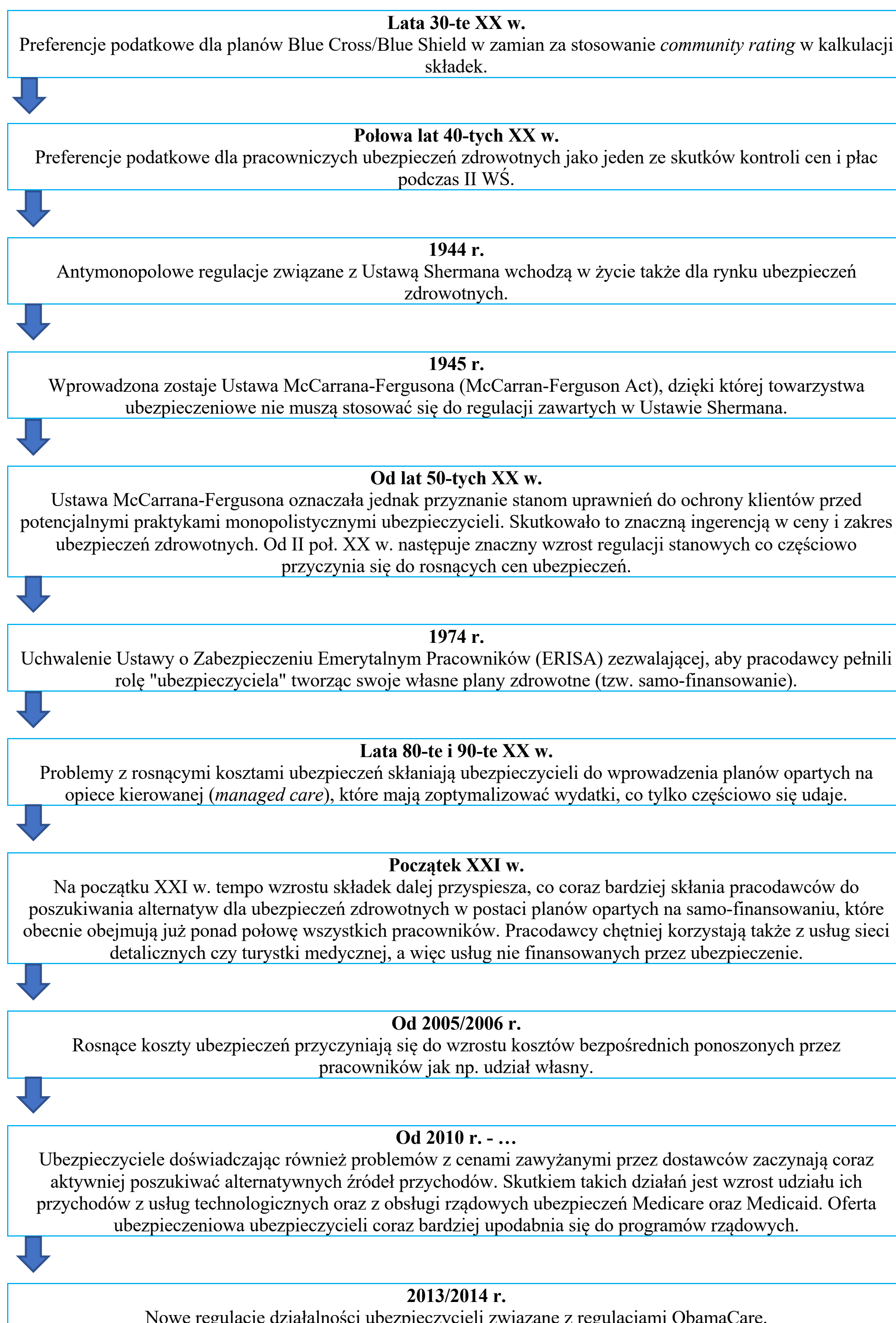
W tym kontekście można wskazać na kilka głównych przykładów działań deregulacyjnych, które znacząco poprawiłyby sytuację wszystkich uczestników rynku: pracowników, pracodawców oraz ubezpieczycieli i konkurencyjnych dostawców. Po pierwsze, należałoby rozpocząć proces stopniowego zmniejszania liczby regulacji stanowych określających zakres ubezpieczenia czy zasady ustalania składek. Da to ubezpieczycielom większą elastyczność w tworzeniu planów zdrowotnych oraz sprawi, że ubezpieczenie będzie bardziej atrakcyjne cenowo dla młodszych osób. Po drugie, należy umożliwić ubezpieczycielom oferowanie międzystanowych ubezpieczeń zdrowotnych łączących w jedną pulę osoby z różnych stanów o podobnym ryzyku. Stworzenie bardziej licznych, ogólnokrajowych grup ryzyka da ubezpieczycielom więcej możliwości do oceny ryzyka, a osobom ze stanów o mniejszej populacji większe szanse na zalezienie odpowiedniego ubezpieczenia. Po trzecie, przywileje podatkowe powinny zostać rozszerzone także na ubezpieczenia indywidualne tzn. niezawieranie przez pracodawcę. Przyniosłoby to oszczędności np. osobom ubezpieczającym się indywidualnie czy prowadzącym jednoosobową działalność gospodarczą w przypadku których składka za ubezpieczenie jest wyższa od składek na ubezpieczenia zdrowotne zawieranych przez pracodawcę. Dodatkowo, pracownicy większych przedsiębiorstw mając więcej atrakcyjnych opcji ubezpieczeniowych na rynku częściej decydowaliby się na zamianę pracy na czym skorzystałaby cała gospodarka. Po czwarte, przywileje podatkowe powinny także przysługiwać nie tylko w przypadku ubezpieczeń

zdrowotnych, ale także dla innych form finansowania dostępu do usług medycznych, w tym płatności bezpośrednich.[568] Pozwoli to na większą konkurencję oraz zwiększenie udziału tych płatności w wydatkach całkowitych. Po piąte, należy zdecydowanie ograniczać dążenia dostawców (szpitali czy lekarzy) próbujących ograniczać wchodzenie nowych graczy na rynek, co już przynosi korzyści np. w postaci rozwoju sieci klinik detalicznych.

Są to oczywiście niektóre propozycje jakie w pierwszej kolejności należałoby uwzględnić przy chęci deregulacji rynku ubezpieczeń zdrowotnych i tak naprawdę całego systemu ochrony zdrowia. Z czasem pozwoliłyby one na przywrócenie rynkowej struktury finansowania dostępu do świadczeń medycznych, która została zaburzona przez szereg następujących po sobie interwencji. Kluczowe interwencje zostały przedstawione na rysunku 40, co pokazuje także, że konsekwencje interwencjonizmu nie muszą być natychmiastowe, ale z czasem nawet *łagodne* interwencje mogą mieć poważne konsekwencje w przyszłości.

[568] Tak jak częściowo ma to miejsce w planach HDHP/SO.

Rysunek 40. Kluczowe interwencje na rynku ubezpieczeń zdrowotnych oraz ich skutki



Źródło: opracowanie własne.

3.6. Szpitalnictwo

Konkurencja pomiędzy szpitalami nastawionymi na zysk a szpitalami non-profit

Zagadnienia związane z działalnością szpitali czy szpitalnictwem występowały już w kilku wcześniejszych fragmentach niniejszego rozdziału. W związku z tym, że na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia jednocześnie wpływa wiele instytucji, temat szpitali pojawiał się chociażby w przypadku omawiania funkcjonowania rynku ubezpieczeń zdrowotnych (3.5) czy regulacji ograniczających podaż lekarzy (3.2). Ta część ma na celu usystematyzowanie oraz uzupełnienie wcześniej poruszonych wątków o kluczowe interwencje w szpitalnictwie Stanów Zjednoczonych Ameryki.

Usługi szpitalne są jednym z głównych czynników stojących za wzrostem kosztów usług medycznych. M. Perry z American Enterprise Institute (AEI) powołując się na dane udostępnianie przez Bureau of Labor Statistics (BLS) wskazuje, że na przestrzeni lat wzrost cen usług szpitalnych (CPI: hospital services) znacząco przekraczał nie tylko ogólny poziom cen (CPI), ale również średnie tempo wzrostu cen usług medycznych (CPI: medical services). W latach 1983-2017 ceny usług szpitalnych wzrosły o 727% (21% rocznie), podczas gdy ceny wszystkich usług medycznych zwiększyły się o 403% (12% rocznie), a ceny towarów i usług konsumpcyjnych o 146% (4% rocznie). Wzrost cen usług szpitalnych był więc pięciokrotnie wyższy niż podstawowy CPI.[569] Usługi szpitalne stanowią także największą kategorię wydatków w amerykańskiej opiece zdrowotnej (33% w 2018 r.). Dla porównania, wydatki na lekarzy i kliniki stanowiły 20% wszystkich kosztów, a wydatki na leki na receptę 9%.[570]

Obecna struktura własnościowa szpitali w USA, w której dominują instytucje nie nastawione na zysk (*non-profit*) jest wynikiem wcześniejszych regulacji, które faworyzowały właśnie tę formę prowadzenia działalności. Wg danych Amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitali (American Hospital Association – AHA) w 2018 r. w USA

---

[569] M. J. Perry, *What causes hyperinflation for medical costs in the US? Medical insurance, which is the problem, not the solution*, 11.06.2018, https://www.aei.org/carpe-diem/what-causes-hyperinflation-for-medical-costs-in-the-us-medical-insurance-which-is-the-problem-not-the-solution/ (dostęp: 30.04.2020).

[570] R. Kamal, D. McDermott, C. Cox, *How has U.S. spending on healthcare changed over time?*, 20.09.2019, https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/u-s-spending-healthcare-changed-time/#item-start (dostęp: 30.04.2020).

funkcjonowało łącznie 6.146 szpitali, z których najwięcej (5.198) zaliczanych jest do tzw. szpitali wspólnotowych/społecznych (*community hospitals*). To w zdecydowanej większości na tych podmiotach spoczywa ciężar zapewniania usług szpitalnych większości Amerykanom. Do szpitali tego typu zalicza się: szpitale niefederalne, szpitale świadczące usługi krótkoterminowe, szpitale oferujące usługi specjalistyczne (np. położnictwo, ginekologię, długoterminową opiekę doraźną, rehabilitację, ortopedię itp.) oraz akademickie centra medyczne lub inne szpitale dydaktyczne. Największy odsetek (56,5%; 2.937 placówek) z tego typu szpitali stanowią nierządowe szpitale *non-profit*. Z kolei odsetek szpitali prywatnych i nastawionych na zysk wynosi niecałe 25% (1.296 placówek). Resztę (18,5%; 965 placówek) stanowią stanowe i lokalne szpitale rządowe. Pozostałą część szpitali (948 placówek) uzupełniają: federalne szpitale rządowe, szpitale psychiatryczne oraz inne podmioty.[571]

Rozwój szpitali *non-profit* i ich rywalizacja ze szpitalami nastawionymi na zysk jest związana z planami Blue Cross oraz ze zmianami następującymi w amerykańskim systemie ochrony zdrowia. Jak już wcześniej zostało wspomniane plany Blue Cross cieszyły się większym zaufaniem wśród lekarzy głównie ze względu na mniejszy nadzór jakiemu byli poddawani podczas leczenia pacjentów niż w przypadku planów ubezpieczycieli. Ponadto, plany Blue Cross, w przeciwieństwie do ubezpieczeń zdrowotnych, posiadały liczne preferencje podatkowe. Rosnąca popularność tego typu rozwiązań oznaczała również korzyści dla szpitali non-profit, co wynikało między innymi z faktu, że osoby zarządzające tego typu planami były także związane zawodowo ze szpitalami *non-profit*. Dzięki temu szpitale te uzyskiwały lepszą pozycję negocjacyjną niż szpitale nastawione na zysk. Przykładowo, negocjowane stawki zwrotu za wykonywane usługi były wyższe dla szpitali *non-profit*, co zwiększało ich przychody kosztem konkurencji.[572]

Ponadto, podobnie jak miało to miejsce w przypadku planów Blue Cross, także szpitale *non-profit* uzyskały szereg korzyści podatkowych. Ich przywileje są bardzo szerokie. Instytucje te są zwolnione z federalnych i stanowych podatków dochodowych

[571] American Hospital Association, *Fast Facts on U.S. Hospitals, 2020*, 03.2020, https://www.aha.org/statistics/fast-facts-us-hospitals#footnote1 (dostęp: 30.04.2020).

[572] P. Jeurissen, *For-profit Hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries*, Erasmus Univeristy Press, Rotterdam 2010, s. 41.

od osób prawnych, podatków od wkładów charytatywnych, podatków od sprzedaży (np. przy zakupie sprzętu medycznego) czy podatków od nieruchomości. Dodatkowe korzyści pochodzą z emisji obligacji, których oprocentowanie nie podlega podatkom od zysków kapitałowych, dzięki czemu ich oprocentowanie jest niższe. Wg szacunków za 2011 r. łączna wartość tych korzyści/oszczędności wyniosła 24,6 mld USD. [573] Szczegółowe informacje na ten temat zostały zawarte w tabeli 9.

Tabela 9. Szacowane korzyści podatkowe dla szpitali nienastawionych na zysk

Rodzaj korzyści/zwolnień podatkowych	**Wartość korzyści w wybranych latach (w mld USD)**	
	2002 r.	2011 r.
Federalny podatek dochodowy od osób prawnych	2,5	6,3
Stanowy podatek dochodowy od osób prawnych	0,5	1,2
Zwolnienie z podatków od zysków kapitałowych z tytułu emisji obligacji	1,8	3,3
Wpłaty dobroczynne (charytatywne)	1,8	3,4
Stanowe i lokalne podatki od sprzedaży	2,8	6,1
Lokalne podatki od nieruchomości	3,1	4,3
Suma	**12,6**	**24,6**

Źródło: opracowanie własne na podstawie: S. Rosenbaum i in., *The Value of The Nonprofit Hospital Tax Exemption Was $24.6 Billion In 2011*, „Health Affairs” 2015, nr 7, s. 1228.

Uwagi: poszczególne pozycje mogą się nie sumować ze względu na zaokrąglone wartości.

Dodatkowe korzyści szpitalom *non-profit* przyniosły plany budowy nowych szpitali zawarte w ustawie Hill-Burton Act z 1946 r. Był to efekt rosnącego popytu na usługi medyczne oraz mniejszych inwestycji podczas okresu II WŚ. Ustawa miała także silne poparcie ze strony Amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitali. Istotne w omawianej problematyce jest to, że wg jej założeń szpitale nastawione na zysk nie kwalifikowały się do otrzymania funduszy z tego programu. Dlatego, część z nich zmieniała swój status na *non-profit* w celu otrzymania dodatkowych funduszy. W efekcie wyżej przedstawionych czynników, liczba szpitali nastawionych na zysk spadła z 1.076 placówek w 1946 r. do 857 w 1965 r. (spadek o 20%). Natomiast liczba szpitali *non-profit* wzrosła z 2.584 w 1946 r. do 3.426 w 1965 r. (wzrost o 32,5%).[574]

[573] S. Rosenbaum i in., *The Value Of The Nonprofit Hospital Tax Exemption Was $24.6 Billion In 2011*, „Health Affairs” 2015, nr 7, s. 1228-1229.

[574] P. Jeurissen, *For-profit Hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital*

Sytuacja szpitali nastawionych na zysk zaczęła się nieco poprawiać wraz z coraz większą konkurencją ze strony towarzystw ubezpieczeniowych, zupełnie odmiennie podchodzących do oceny ryzyka niż Blue Cross. Jednak szczególnie istotne dla tych szpitali okazało się wejście w życie rządowych programów Medicaid i zwłaszcza Medicare w 1965 r. Płacenie przez rząd dostawcom każdej oczekiwanej przez nich kwoty spowodowało, że również szpitale komercyjne zainteresowały się tym rynkiem. Wpłynęło to na większą konsolidację i dynamiczny rozwój sieci szpitali komercyjnych. Szpitale nastawione na zysk zaczęły przejmować np. mniejsze, gorzej zarządzane i potrzebujące kapitału placówki. Liczba szpitali nastawionych na zysk i funkcjonujących w ramach danej sieci wzrosła z 378 w 1975 r. do 878 w 1984 r. Te wysiłki inwestycyjne nie powinny dziwić, zwłaszcza w obliczu uzyskiwanych wyników finansowych. Wskaźnik rentowności kapitału własnego (ROE) w 1982 r. dla sieci szpitali komercyjnych wyniósł 26,4% w porównaniu do 9,8% dla sieci szpitali *non-profit* oraz 7,1% dla pojedynczych szpitali *non-profit*.[575] Należy jednak podkreślić, że nie były to rynkowe, ale rządowe (interwencjonistyczne) uwarunkowania instytucjonalne, które w ostateczności doprowadziły do niekontrolowanego wzrostu kosztów usług medycznych, a zwłaszcza szpitalnych. Prywatni dostawcy jedynie dostosowali się do panujących warunków, aby również w tych ograniczonych warunkach maksymalizować swoje zyski.

Prawdziwym problemem nie jest nastawienie na zysk, ale instytucjonalne uwarunkowania. Na swobodnym rynku osiągane zyski, premie kadry zarządzającej jak i zwykłych pracowników wynikają ze wzrostu produktywności, oferowania lepszych usług konsumentom itp. Tymczasem w przypadku szpitalnictwa rozgraniczenie szpitali na te nastawione na zysk i *non profi*t jest sztuczne i zwyczajnie nieuzasadnione. To, że dana instytucja nie wykazuje zysków nie oznacza wcale, że środki uzyskane ze zwolnień podatkowych w zdecydowanej większości trafiają do potrzebujących i nie są przeznaczane np. wypłatę wyższych wynagrodzeń kierownictwa.

Wg raportu *Top 82 U.S. Non-Profit Hospitals* opublikowanego przez American Transparency, instytucji badającej finanse szpitali *non-profit*, kierownictwo takich instytucji jest wynagradzane na poziomie komercyjnym/korporacyjnym. Przykładowo, zarobki dyrektora generalnego (CEO) oraz Prezydenta Banner Health w 2017 r. wyniosły

---

sector in four Western countries, Erasmus Univeristy Press, Rotterdam 2010, s. 42-43.

[575] Ibidem, s. 53-54.

po 21,6 mln USD, co było najwyższym poziomem w tego typu instytucjach. Z kolei zarobki wiceprezydenta wykonawczego oraz głównego księgowego (CAO) ukształtowały się na poziomie 12 mln USD. Wielomilionowe odprawy są także standardem nie tylko w przypadku Banner Health. Zarobki czołowych menedżerów innych znaczących instytucji *non-profit* jak: Memorial Hermann Health System, Kaiser Health, Ascension, Advocate Health Care czy Northwestern Memorial kształtowały się w przedziale od 10 do 18 mln USD rocznie. Wg raportu średnie wynagrodzenie osoby na najwyższym szczeblu kierowniczym wyniosło 3,5 mln USD ze wszystkich 82 badanych największych dostawców usług medycznych *non-profit*. Dla porównania zarobki najlepiej wynagradzanego dyrektora wykonawczego wśród dostawców nastawionych na zysk (Tenet HealthCare Corporation) wyniosły 6,3 mln USD, a średnia najwyższych zarobków wśród pięciu największych dostawców nastawionych na zysk wyniosła 4,3 mln USD (lata 2017-2018), co nie odbiegało aż tak znacznie od średniej dla 82 dostawców *non-profit*.[576]

W oczach opinii publicznej taka wysokość wynagrodzeń może być kontrowersyjna również dlatego, że w 2017 r. szpitale *non-profit* otrzymały niepodlegające opodatkowaniu darowizny od prywatnych darczyńców w wysokości 5,2 mld USD oraz dodatkowe 2 mld USD od agencji federalnych na badania. Warty odnotowania jest także fakt, że 82 instytucje przekazały jednocześnie ponad 26,4 mln USD na działania lobbingowe, które to środki mogły znaleźć inne zastosowanie.[577]

Przytaczanie powyższych danych nie ma na celu krytyki zysków czy wysokich zarobków w ogóle, ale zwrócenie uwagi na fakt, że są one rezultatem ograniczania konkurencji czy pozyskiwania środków rządowych. Być może, gdyby nieodpowiednio wysokie wynagrodzenia, danymi instytucjami kierowałyby mniej kompetentne osoby i jakość zarządzania oraz usług medycznych by spadała. Jednak, odpowiedź na tak postawione pytanie może być odpowiednio zweryfikowana jedynie w warunkach rynkowych. Niektóre badania wskazują jednak, że część szpitali *non-profit* czerpie dodatkowe korzyści finansowe ze swojej działalności. Jedno z nich, analizujące finanse ponad 1.600 szpitali z 2012 r. wykazało, że wartość świadczeń społecznych (community benefit) przekraczała łączną kwotę uzyskaną ze zwolnień podatkowych

[576] American Transparency, *Top 82 U.S. Non-Profit Hospitals. Quantifying Government Payments and Financial Assets*, American Transparency, USA 2019, s. 2-3, 12.

[577] Ibidem, s. 3.

jedynie w przypadku 62% szpitali *non-profit*, a przy uwzględnieniu działalności charytatywnej w ujęciu inkrementalnym (incremental charity care) wartość ta spada do 20%. Autorzy badania wyciągają na tej podstawie konkluzję, że preferencje podatkowe służą wielu organizacjom *non-profit* jako narzędzie do uzyskiwania znacznych korzyści finansowych, przy jednoczesnym zapewnianiu relatywnie niewielkich korzyści społecznych.[578]

Ograniczanie podaży nowych szpitali

Wejście w życie rządowych programów Medicare oraz Medicaid czy rozwój rynku pracowniczych ubezpieczeń zdrowotnych doprowadziły do stopniowej, ale nieuchronnej marginalizacji udziału płatności bezpośrednich jako formy finansowania dostępu do usług medycznych. W takich uwarunkowaniach szpitale stały się jednymi z kluczowych dostawców. Przyjęte rozwiązania odnośnie sposobu płatności dostawcom za świadczone usługi utorowały także strategię świadczenia usług medycznych za coraz wyższe stawki. W związku z tym, że ubezpieczony pokrywa jedynie ułamek kosztów ich obniżanie nie było już konieczne.

Sposobem na zwiększanie przychodów i zysków (lekarzy i szpitali) stało się oferowanie coraz droższych usług, zakup nowoczesnego i kosztownego sprzętu medycznego itp. Dla lekarzy bardziej opłacalne było także świadczenie usług w szpitalu niż poza nim. P. Starr powołując się na badania przeprowadzone przez Marka Blumberga wskazuje, że w latach 70-tych XX w. lekarze zarabiali około 50-60% więcej podczas ich pracy w szpitalach niż w swoich własnych gabinetach. Sytuacja ta nie zmieniała się nawet w przypadku upraszczania procedur. W efekcie, ceny takich usług jak np. operacja zaćmy pozostawały na relatywnie wyższym poziomie mimo stopniowego upraszczania procedur prowadzącego do niższych kosztów. Dla lekarzy takie usługi przynosiły więc większe korzyści finansowe niż pozostałe usługi jak np. wywiad medyczny pacjenta. Przyczyniło się to do częstszego świadczenia np. usług zabiegowych/operacyjnych przynoszących im większe korzyści finansowe oraz wpłynęło na zachęcanie kolejnych

[578] B. Hering i in., *Comparing the Value of Nonprofit Hospitals' Tax Exemption to Their Community Benefits*, „INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing" 2018, nr 55, s. 1, 9.

lekarzy do kształcenia się w określonych specjalizacjach jak np. chirurgia. W efekcie, uwarunkowania te znacząco przyczyniły się do równoczesnego zaniedbywania takich obszarów medycyny jak opieka podstawowa czy ambulatoryjna. Ponadto, płacenie lekarzom określnych stawek uzależnionych od miejsca świadczonych usług stanowiło dla lekarzy dodatkowe zachęty do osiedlania się i świadczenia usług w bogatszych dzielnicach niż w biedniejszych częściach miasta, gdzie pobierane przez nich opłaty byłyby relatywnie niższe.[579]

Systematyczny wzrost kosztów stawał się jednak coraz większym problemem dla władz stanowych i federalnych, co skończyło się kolejnymi interwencjami mającymi na celu ich ograniczenie. W kontekście omawianej problematyki szczególną uwagę należy poświęcić tzw. *certyfikatom potrzeby* (Certificate of Need – CON).

CON to stanowe regulacje wpływające na proces zakładania nowych i rozbudowę już istniejących placówek medycznych. W każdym stanie, w którym istnieje tego rodzaju prawo funkcjonuje stanowa agencja ds. planowania zdrowotnego (state health planning agency) zatwierdzająca tego typu wydatki inwestycyjne. Stosowanie takich ograniczeń opiera się na założeniu, że budowa nowych placówek prowadzi do wzrostu kosztów. Przykładowo, powstanie nowego szpitala miałoby prowadzić do wzrostu podaży łóżek, które mogłyby nie zostać całkowicie wykorzystane, co oznaczałoby konieczność podniesienia opłat na pozostałe usługi w celu pokrycia start. Wg zwolenników takich regulacji jest to szczególnie istotne w przypadku większych szpitali i powstanie kolejnej takiej placówki musi zostać zaakceptowane przez stanową agencję po spełnieniu szeregu kryteriów. Obecne stanowe przepisy dotyczące CON są pochodną prawa federalnego z 1974 r. (National Health Planning and Resources Development Act) mającego na celu zwiększenie nadzoru stanowego nad budową nowych placówek oraz efektywniejszego gospodarowania powierzonymi stanom funduszami. Regulacje te nie przyniosły jednak oczekiwanych rezultatów i w 1987 r. stany nie miały już obowiązku utrzymywać takich regulacji. Obecnie prawa CON w różnym zakresie obowiązują w 35 stanach oraz Dystrykcie Kolumbii.[580]

Z perspektywy władz federalnych czy stanowych wprowadzenie takich regulacji

---

[579] P. Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, USA 1982, s. 385-387.

[580] National Conference of State Legislatures (NCSL), *CON-Certificate of Need State Laws*, 01.12.2019, https://www.ncsl.org/research/health/con-certificate-of-need-state-laws.aspx (dostęp: 05.05.2020).

wydaje się racjonalne. W końcu, jeśli kolejne placówki medyczne prześcigają się w zawyżaniu kosztów, to ograniczenie ich ilości daje większe szanse na ustabilizowanie sytuacji. Jednak, z ekonomicznego punktu widzenia, jest to pośrednie przyznanie się do błędu, gdyż główną przyczyną rosnących kosztów jest nieodpowiednia struktura instytucjonalna, która poprzez kolejne interwencje zwiększała popyt wśród konsumentów oraz *zachęcała* dostawców do podwyższania kosztów w celu maksymalizacji zysków. W warunkach rynkowych żaden dostawca nie może nieustannie prowadzić takiej polityki z uwagi na obecnych lub potencjalnych konkurentów dążących do sukcesywnego obniżania kosztów. A działania takie są kluczowe dla ich rynkowego sukcesu, gdyż finansowanie dostępu do usług medycznych nie jest zdominowane przez *płatników trzeciej strony*. Konsument zwraca więc szczególną uwagę na koszty. Następstwem takich procesów jest również wysoka transparentność, gdyż nie występują problemy z uzyskaniem przez konsumentów informacji na temat kosztów (cen) poszczególnych procedur szpitalnych jak ma to miejsce obecnie, gdzie zarówno szpitale *non-profit* jak i te nastawione na zysk dążą do ukrywania (zawyżonych) cen swoich usług przed opinią publiczną.

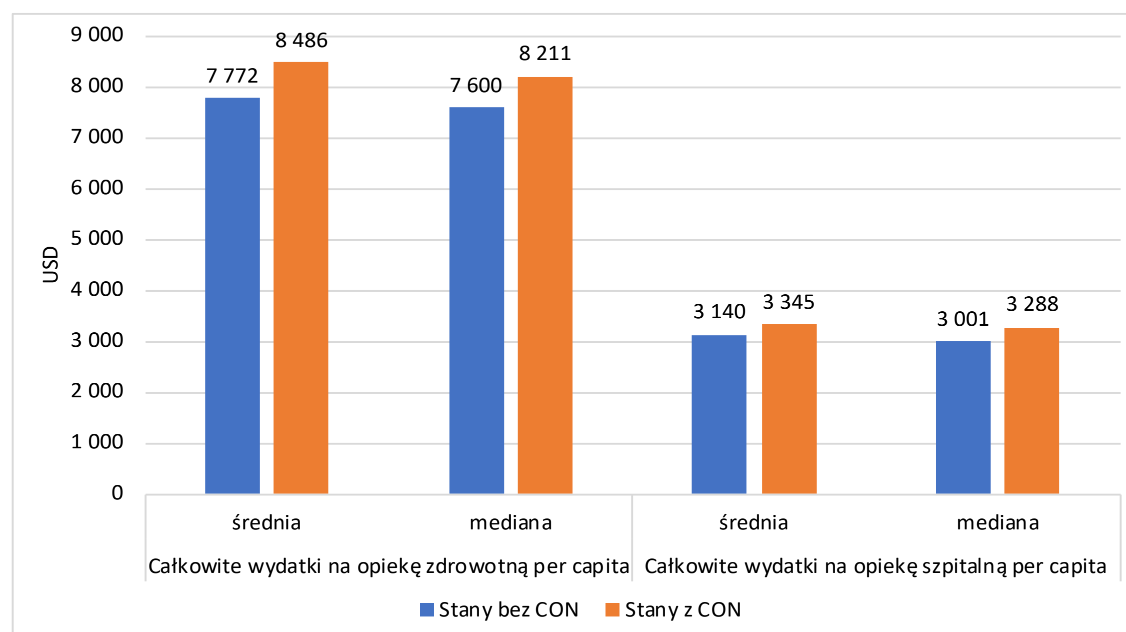
Przypadek CON nie jest jedyny i występuje także w innych obszarach gospodarki jak np. w przypadku dotacji dla gospodarstw rolnych. W tym przypadku rząd, w pierwszej kolejności, zdecydował się na zakup upraw od rolników po sztucznie zawyżonej cenie by potem, na skutek rosnących wydatków, ograniczać je poprzez kontrolę powierzchni upraw lub poprzez wprowadzenie wymogu posiadania licencji na uprawę. [581] Takie działania skutkują jedynie wzmocnieniem pozycji już istniejących gospodarstw kosztem ich potencjalnie bardziej wydajnych konkurentów mających trudności z wejściem na rynek.

W warunkach skrępowanej gospodarki rynkowej regulacje CON prowadzą więc do odwrotnych skutków niż zamierzone, gdyż koncentrują się, w najlepszym wypadku, na częściowej eliminacji niekorzystnych skutków a nie przyczyn rosnących kosztów. W istocie, regulacje te utrudniają powstawanie nowych obiektów, rozbudowę już istniejących placówek, budowę placówek opieki długoterminowej, placówek rehabilitacyjnych czy placówek przeznaczonych na usługi ambulatoryjne. Nowe obiekty

[581] Więcej na ten temat zob. G. Riesman, *The real right to medical care versus socialized medicine,* The Jefferson School of Philosophy, Economics & Psychology, USA 1994.

mogą świadczyć usługi po relatywnie niższych cenach, ale dla istniejącego systemu szpitalnego, przez dekady funkcjonującego w oparciu o podwyższanie cen, stanowi to zagrożenie utraty części przychodów i zysków, czyli tak naprawdę korzyści wynikających z tzw. *pogoni za rentą* (rent seeking). W istocie, perspektywa pojawienia się nowej konkurencji i idącej za nią presji na obniżkę cen prowadzi do blokowania tego typu inicjatyw w obszarze regulacyjnym. Dzieje się tak nawet mimo przedstawiania solidnych argumentów wskazujących na obniżkę kosztów dzięki powstaniu nowych placówek.[582] Przykładowo, dane z 2014 r. wskazują, że średni poziom wydatków na opiekę zdrowotną *per capita* w stanach, gdzie nie funkcjonowały regulacje CON wynosił 7.772 USD, podczas gdy w stanach objętych tego typu regulacjami już 8.486 USD *per capita*, czyli o około 9% więcej. Sytuacja przedstawia się podobnie w przypadku wydatków na opiekę szpitalną (rysunek 41).

Rysunek 41. Porównanie kosztów opieki zdrowotnej per capita pomiędzy poszczególnymi stanami



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaiser Family Foundation, *Health Care Expenditures per Capita by State of Residence*, brak daty, https://www.kff.org/other/state-indicator/health-spending-per-capita/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 05.05.2020) oraz Kaiser Family Foundation, *Health Care Expenditures per Capita by Service by State of Residence*, brak daty, https://www.kff.org/other/state-indicator/health-spending-per-capita-by-service/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22desc%22%7D (dostęp: 05.05.2020).

[582] L. R. Huntoon, *Hospitals and Insurance Companies: Government-Protected and Favored Businesses*, „Journal of American Physicians and Surgeons" 2018, nr 2, s. 34.

Naturalnie, na tego typu wyniki wpływ ma wiele czynników i regulacje CON (lub ich brak) nie muszą mieć wcale kluczowego znaczenia. Jednak, nie oznacza to, że ich zniesienie nie przyniosłoby korzyści ekonomicznych poszczególnym stanom bez względu na różnice w poziomach kosztów. Z negatywnego wpływu CON na poziom kosztów zdają sobie sprawę także instytucje publiczne. Raport Departamentu Sprawiedliwości z 2008 r. jednoznacznie wskazuje, że:

Z samej swojej natury przepisy CON tworzą bariery wejścia i ekspansji, a tym samym ograniczają swobodną i otwartą konkurencję. Utrudniają wybór konsumenta, osłabiają zdolność rynków do ograniczania kosztów opieki zdrowotnej i hamują innowacje. (…)

Przepisy CON są klasyczną wzniesioną przez rząd barierą wejścia na rynek, a ze swej natury stanowią przeszkodę dla prawidłowego funkcjonowania procesu rynkowego. (…)

Wydaje się, że przepisy CON nie spełniły zamierzonego celu polegającego na ograniczeniu kosztów. W kilku badaniach zbadano skuteczność CON w kontrolowaniu kosztów. Dowody empiryczne na ekonomiczne skutki programów CON wykazały niemal powszechne porozumienie ekonomistów, że przepisy CON nie są w stanie ograniczyć kosztów opieki zdrowotnej. (…)

Ponadto metodologie zwrotu kosztów, które teoretycznie mogły uzasadniać przyjęcie praw CON w latach siedemdziesiątych, uległy znacznej zmianie. Rząd federalny nie zwraca już kosztów plus. W 1986 r. Kongres uchylił krajową ustawę o planowaniu i rozwoju zasobów z 1974 r. (…)

Podsumowując, zmienione regulacje rządowe wyeliminowały pierwotne uzasadnienie programów CON, pozostawiając nam przepisy CON, które teraz służą jedynie do ograniczenia konkurencji, na której polegamy, aby pobudzać innowacje i ograniczać koszty.[583]

Raport wskazuje także na przypadki porozumień kartelowych pomiędzy poszczególnymi instytucjami lub wykorzystywaniem stanowych agencji do ograniczania konkurencji, czyli odgórnego podziału rynku, jak miało to miejsce np. stanie Vermont gdzie regulacje związane z CON były tylko pretekstem do uzyskania przywilejów monopolowych przez wcześniej działających na tym rynku dostawców.[584] Nie powinien zatem dziwić fakt, że stan ten ma jedne z najwyższych kosztów opieki zdrowotnej i szpitalnej *per capita* w USA.

Oprócz samych CON w niektórych stanach obowiązują moratoria obejmujące

---

[583] U.S. Department of Justice (Antitrust Division)/J. M. Miller, *Competition in Healthcare and Certificates of Need*, 25.03.2008, https://www.justice.gov/atr/comments-competition-healthcare-and-certificates-need (dostęp: 05.05.2020).

[584] Ibidem.

płatności przeznaczone dla nowych i niszowych szpitali o określonej specjalizacji jak np. operacje serca czy kręgosłupa. Te specjalistyczne placówki, których właścicielami są lekarze (Physician Owned Hospital – POH) rozwijały się na tyle dynamicznie, że zagroziły pozycji większych szpitali. [585] Ostatecznie, dodatkowe wysiłki Amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitali doprowadziły do wprowadzenia zapisów w ObamaCare zakazujących nowym jednostkom POH otrzymywania funduszy z rządowych programów Medicare i Medicaid. Wpłynęło to negatywnie na rozwój kolejnych placówek tego typu ze szkodą dla pacjentów.[586]

Główne zarzuty kierowane w stronę szpitali typu POH przez ich przeciwników dotyczą pozyskiwania przez takie placówki zdrowszych i zamożniejszych pacjentów, co sprawia, że pozostałe szpitale zostają z pacjentami wymagającymi bardziej złożonych (i kosztownych) świadczeń.[587] Jednak, podawanie takich argumentów nie jest trafne z kilku powodów. Po pierwsze, zgodzenie się z powyższą narracją oznacza, *de facto*, że bardziej zamożniejsi pacjenci powinni dotować tych mniej zamożnych. Z punktu widzenia medycyny i opieki zdrowotnej nie powinno to mieć jednak żadnego znaczenia, gdyż ich potrzeby medyczne mogą być bardzo różne, a zgoda na utrzymanie przywilejów szpitali ogólnych oznacza ograniczenie możliwości wyboru innym pacjentom. Po drugie, o czym była już mowa, szpitale *non-profit* posiadają szereg preferencji podatkowych z których mogą finansować leczenie mniej zamożnych pacjentów. Po trzecie, historia pokazuje, że system szpitali, jeszcze długo przed pojawieniem się szpitali typu POH, sam doprowadził do promowania bardziej kosztownego leczenia zabiegowego kosztem leczenia ambulatoryjnego czy opieki prewencyjnej oraz był skłonny do zwiększania zakresu swoich usług w bogatszych częściach miast kosztem jego mniej zamożnych obszarów. Po czwarte, szpitale typu POH są powodem *problemów* swoich starszych konkurentów nie dlatego, że uzyskały silniejsze wsparcie polityczne, ale z powodu swojej większej efektywności i niższych kosztów. Nie powinno także dziwić, że w pierwszej kolejności są one zorientowane na relatywnie zamożniejszych pacjentów. Procesy konkurencji prowadzą także do obniżki

---

[585] M. Accad, *Healthcare in the Crosshairs*, „The Austrian" 2017, nr 5, s. 16.

[586] D. A. Hyman, C. Silver, *Overcharged: Why Americans Pay Too Much For Health Care*, Cato Institute, USA 2018, s. 338-339.

[587] D. Shute, *Is it time to lift the ban on physician-owned hospitals?*, „Medical Economics" 2018, nr 10, s. 37.

kosztów bardziej złożonych usług. Pokazują to chociażby trendy w turystyce medycznej. Ograniczenie możliwości zakładania nowych POH będzie miało negatywne skutki dla reszty pacjentów, ponieważ ograniczy możliwości konkurowania również o nich. Po piąte, obecne problemy większych szpitali są pochodną wcześniejszych wadliwych rozwiązań instytucjonalnych i interwencji w szpitalnictwie, co doprowadziło do powstania wielu przywilejów monopolistycznych czyniąc usługi szpitalne najbardziej kosztowną częścią całej opieki zdrowotnej w USA.

Kryzys zaniedbań w latach 70-tych XX w.

Wzrost popytu na świadczenia szpitalne oraz usługi lekarzy, przy jednoczesnym ograniczeniu ich podaży, co było jeszcze bardziej widoczne od II połowy lat 60-tych XX w. już dekadę później doprowadził do tzw. *kryzysu zaniedbań* (malpractice crisis). Lekarze chcący sprostać między innymi rosnącemu popytowi zaczęli poświęcać swoim pacjentom coraz mniej czasu, co prowadziło do spadku jakości opieki zdrowotnej. Oprócz braku samych lekarzy problemem zaczął być również niedobór personelu medycznego, który mógłby odciążyć coraz bardziej przepracowanych i zmęczonych lekarzy w wykonywaniu np. rutynowych i podstawowych procedur itp. Nie bez znaczenia pozostawały także bodźce finansowe skłaniające lekarzy do obsługi większej liczby pacjentów w wyniku czego rosła liczba badań oraz zabiegów. Czynniki te nieuchronnie doprowadziły do popełniania przez lekarzy coraz większej liczby błędów (zaniedbań), które skutkowały rosnącą liczbą pozwów przez niezadowolonych pacjentów. Nie pozostało to bez wpływu na rynek ubezpieczeniowy, a konkretnie na wysokość składek ubezpieczeń od zaniedbań, które chroniły lekarzy przed finansowymi konsekwencjami popełnianych przez nich błędów. Mike Holly z Mises Institute podaje, że składki od tego typu ubezpieczeń tylko w latach 1966-1972 wzrosły średnio o 400% w przypadku wszystkich lekarzy oraz o 425% w przypadku chirurgów. Było to pokłosiem rosnącej ilości odszkodowań wypłacanych przez ubezpieczycieli. Przykładowo, suma rocznych odszkodowań wypłacanych poszkodowanym przez towarzystwo Aetna, zarówno w przypadku pozwów o zaniedbania lekarzy jak i szpitali, wzrosła z 0,3 mln USD

do 9,5 mln USD tylko pomiędzy 1965 a 1968 rokiem.[588]

Dynamiczny wzrost składek nie stanowił jednak istotnego udziału w odniesieniu do dochodów lekarzy. Badania przeprowadzone przez ówczesny Departament ds. Zdrowia, Edukacji i Opieki Społecznej (Department of Health, Education, and Welfare – HEW) wykazały, że chociaż w latach 1962-1970 średni wzrost składek tego typu ubezpieczeń dla lekarzy wyniósł 300%, to jednak dalej wielkości te stanowiły niewielki odsetek ich zarobków. Przykładowo, dla lekarzy reprezentujących drugą (niższą) klasę ryzyka udział rocznej składki stanowił 1,8% dochodów, a dla chirurga o czwartej (wyższej) klasie 4,2% dochodów. Również badania AMA w późniejszych latach wskazywały na utrzymywanie się tego relatywnie niskiego udziału. Udział składek dla wszystkich lekarzy w stosunku do ich dochodów wahał się od 2% do 5% w latach 1973-1983. Bardziej istotną konsekwencją wzrostu wysokości składek było wycofanie się części ubezpieczycieli z tego rynku. Ich miejsce zajęły nowo powstałe towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych należące do dostawców.[589]

Od lat 70-tych XX w. Nominalne wysokości składek również rosły podobnie jak zarobki lekarzy, ale ich średni udział, również w XXI w., dalej utrzymuje się na relatywnie niskim poziomie. W 2019 r. średnio-roczna wysokość składki od zaniedbań wśród specjalistów wynosiła 21 tys. USD i stanowiła około 6% ich średnich dochodów (341 tys. USD). Podobnie sytuacja przedstawia się w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu, gdzie średnioroczna składka w wysokości 12 tys. USD stanowiła 5% ich zarobków (237 tys. USD).[590] W obecnych uwarunkowaniach, w zdecydowanej większości (89%), koszty te ponoszone są przez dostawców (szpitale), a nie bezpośrednio przez samych lekarzy.[591]

Należy także zaznaczyć, że na wysokość składek ubezpieczeń od zaniedbań wpływa wiele czynników, co powoduje, że ich zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi

[588] M. Holly, *How Government Regulations Made Healthcare So Expensive*, 09.05.2017, https://mises.org/wire/how-government-regulations-made-healthcare-so-expensive (07.05.2020).

[589] G. O. Robinson, *The Medical Malpractice Crisis of the 1970's: A Retrospective*, „Law and Contemporary Problems" 1986, nr 2, s. 7-8, 19.

[590] Należy przy tym podkreślić, że są to dochody brutto i po uwzględnieniu podatku dochodowego czy kosztów pożyczek zaciągniętych np. na potrzeby edukacyjne odsetek ten jest relatywnie wyższy.

[591] Medspace, *Medscape Malpractice Premium Report 2019*, 04.12.2019, https://www.medscape.com/slideshow/2019-malprac-prem-rep-6012332 (dostęp: 07.05.2020); Medspace, *Medscape Physician Compensation Report 2019*, 04.04.2019, https://www.medscape.com/slideshow/2019-compensation-overview-6011286 (dostęp: 07.05.2020).

stanami jest znaczne. Przykładowo, wg danych AMA w 2017 r. średnia wysokość składek[592] dla specjalności położnictwo/ginekologia wahała się pomiędzy 47 tys. USD (Kalifornia) a 240 tys. USD (Nowy Jork). Dla chirurgii ogólnej wielkości te zawierały się w przedziale pomiędzy 41 tys. USD (Kalifornia) a 190 tys. USD (Floryda), a w przypadku lekarzy pierwszego kontaktu pomiędzy 8 tys. USD (Kalifornia) a 40 tys. USD (Floryda).[593] Bardzo istotny jest np. wiek lekarza. Inne badanie przeprowadzone przez tę samą instytucję pokazało, że 34% z ponad 3 tys. badanych lekarzy przynajmniej raz doświadczyło pozwu o błąd w sztuce w swojej karierze, jednak w przypadku lekarzy poniżej 40 roku życia odsetek ten wyniósł 8,2%, podczas gdy dla tych w wieku 49 lat i starszych już 49,2%. Liczba roszczeń przypadająca na 100 lekarzy w pierwszej grupie wynosiła 10, a dla drugiej grupy wiekowej 109. Równie ważnym czynnikiem jest specjalizacja. Przykładowo, dla chirurgii i położnictwa/ginekologii odsetek pozwów obejmował 66% ankietowanych lekarzy, podczas gdy dla pediatrii 17% a dla psychiatrii 16%.[594]

Oprócz wieku czy specjalizacji na wysokość składki ubezpieczeniowej wpływają także: liczba pozwów z przeszłości, konkurencja pomiędzy ubezpieczycielami w danym stanie, liczba godzin przepracowanych przez lekarzy, przepisy prawne odnoszące się do limitów odpowiedzialności ubezpieczycieli czy, co równie istotne, sytuacja panująca na rynkach finansowych wpływająca na wyniki działalności inwestycyjnej ubezpieczycieli. Jako przykład może posłużyć początek XXI w., kiedy FED znacznie obniżył stopy procentowe, co odbiło się także na zyskach z obligacji stanowiących około 80% portfela inwestycyjnego ubezpieczycieli. W rezultacie byli oni niejako *zmuszeni* do podwyższenia składek w celu uniknięcia lub zminimalizowania strat. Biorąc pod uwagę te czynniki można niejako odnieść wrażenie, że koszty związane z zaniedbaniami stanowią istotną część wydatków w amerykańskiej opiece zdrowotnej, jednak

---

[592] Składki dla ubezpieczeń typu 1M/3M, co oznaczała maksymalny limit odpowiedzialności ubezpieczyciela do 1 mln USD na jedno zdarzenie i do 3 mln USD na wszystkie zdarzenia w ciągu całego roku.

[593] J. R. Guadrado, *Medical Professional Liability Insurance Premiums: An Overview of the Market from 2008 to 2017*, American Medicine Association, USA 2019, s. 5.

[594] J. R. Guadrado, *Medical Liability Claim Frequency Among U.S. Physicians*, American Medicine Association, USA 2016, s. 8.

w rzeczywistości ich udział stanowi około 1% całkowitych wydatków.[595]

Bardziej poważniejszą konsekwencją obaw lekarzy o wytoczenie sprawy sądowej są podejmowane działania prewencyjne oznaczające wykonywanie jeszcze większej ilości testów, badań itp. w celu minimalizacji ryzyka. Dotyczy to także bardzo mało prawdopodobnych przypadków. Lekarze, nawet w sytuacji pozwu, mają więcej potencjalnych dowodów na działanie zgodnie z procedurami itd. Jest zjawisko tzw. *medycyny obronnej* (defensive medicine), które paradoksalnie, tak naprawdę jeszcze zwiększa popyt na poszczególne usługi zdrowotne oraz ich koszty. Zwiększa się także liczba godzin przepracowanych przez lekarzy, liczba badań czy zabiegów, co równie dobrze może prowadzić do wzrostu liczby pozwów. Jest to więc kolejne błędne koło powstałe w amerykańskim systemie ochrony zdrowia. Zjawisko to wciąż poddawane jest badaniom. Wg jednego z nich koszty związane z praktykowaniem *medycyny obronnej* generują dodatkowe 46 mld USD kosztów w amerykańskiej opiece zdrowotnej.[596] Wg kolejnego badania, opierającego swoje wyniki na ankiecie przeprowadzonej wśród 1.500 amerykańskich szpitali koszty te stanowią aż 37,5% całkowitych kosztów amerykańskiej opieki zdrowotnej co stanowi równowartość 1 bln USD. Pomimo zakładanego przeszacowania kosztów przez lekarzy, wyniki te pokazują jak skalę jej praktykowania oceniają sami medycy.[597] Warto także zwrócić uwagę na fakt, że rosnące obawy lekarzy mogą mieć negatywny wpływ na chęć udzielania pomocy najbardziej potrzebującym.[598]

Zgony z powodu błędów medycznych w amerykańskich szpitalach

Takie uwarunkowania sprawiają, że system szpitalnictwa w USA przyczynia się do wielu niepotrzebnych zgonów i urazów pacjentów, co nie jest spowodowane tylko i wyłącznie praktykowaniem *medycyny obronnej*, ale wynika głownie z uwarunkowań

[595] Gallagher Healthcare, *How Much Does Medical Malpractice Insurance Cost?*, 12.17.2017, https://www.gallaghermalpractice.com/blog/post/how-much-does-medical-malpractice-insurance-cost (dostęp: 08.05.2020).

[596] M. B. Rothberg i in., *The Cost of Defensive Medicine on Three Hospital Medicine Services*, „JAMA internal medicine" 2014, nr 11, s. 1867-1868.

[597] S. Saint i in., *Perception of Resources Spent on Defensive Medicine and History of Being Sued Among Hospitalists: Results from a National Survey*, „Journal od Hospital Medicine" 2018, nr 1, s. 26-29.

[598] P. Schiff, *Wielka Depresja 2.0*, Fijorr Publishing, Warszawa 2015, s. 266.

instytucjonalnych promujących większe, a nie mniejsze ilości świadczeń szpitalnych. Nie jest to także zjawisko niedawno odkryte. Jednym z pierwszych badaczy, którzy przyczynili się do większego zainteresowania tym problemem w latach 90-tych XX w. był Lucian Leape z Uniwersytetu Harvarda.[599] Statystyki odnoszące się do liczby zgonów czy urazów z powodów uchybień są dosyć zróżnicowane. Wg raportu Institute of Medicine z 1999 r. błędy medyczne były przyczyną zgonów około 98 tys. Amerykanów w ciągu roku.[600]

Bardziej aktualne badania mówią o jeszcze większych liczbach. John T. James wskazuje, że trudności w odpowiednim oszacowaniu tego zjawiska wynikają z różnych rodzajów popełnianych błędów będących przyczyną zdarzeń niepożądanych, którym można zapobiec (Preventable Adverse Events – PAEs). Najłatwiejsze do identyfikacji są błędy wynikające z niewłaściwego działania lub działania właściwego, ale wykonanego nieprawidłowo (errors of commission). Błędy tego typu odpowiadają za 50-60% wszystkich zdarzeń i wg szacunków, około 210 tys. zgonów rocznie. Oprócz pierwszego rodzaju błędu występują również trudniejsze do zidentyfikowania przyczyny w postaci błędów: przeoczenia (errors of omission), komunikacji (errors of communication), kontekstu (errors of context) oraz diagnostyczne (diagnostic errors). Tego rodzaju błędy są trudniejsze do ujęcia w dokumentacji medycznej – stąd większe prawdopodobieństwo, że liczba zgonów zostanie niedoszacowana w statystykach. Jako przykład może posłużyć błąd komunikacji i przypadek, kiedy kardiolodzy nie ostrzegli swojego 19-stoletniego pacjenta, aby przez określony czas nie uprawiał sportu. Pacjent po powrocie ze szpitala wznowił treningi, co kilka tygodniu później zakończyło się jego zgonem. Z kolei błędy kontekstowe mogą polegać na niebraniu pod uwagę przez lekarza ograniczeń pacjenta w procesie jego powrotu do zdrowia po wypisaniu ze szpitala. Przykładowo, pacjent może nie stosować się do zaleceń lekarza lub może mieć ograniczony dostęp do określonych usług medycznych w swoim miejscu zamieszkania. Uwzględniając te dodatkowe przyczyny liczba zgonów (wg ostrożnych

[599] L. Leape, *Error in Medicine*, „Journal of the American Medical Association" 1994, nr 23, s. 1851-1857.

[600] Institute of Medicine, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, National Academy Press, Waszyngton 2000, s. 1.

szacunków) rośnie do około 440 tys.,[601] co jeszcze bardziej wskazuje na skalę problemu.[602]

Trudności z odpowiednim pomiarem wynikają także z faktu, że część lekarzy nie zgłasza przypadków PAE. James stwierdza, że:

(…) *Lekarze często nie zgłaszają władzom poważnych zdarzeń niepożądanych. W przypadku kardiologów, grupy specjalistów, w której zaniechanie raportowania takich przypadków było największe, prawie dwie trzecie respondentów przyznało, że w niedawnym czasie odmówiło zgłoszenia władzom przynajmniej jednego poważnego błędu medycznego, o którym wiedzieli z pierwszej ręki. Zasadne wydaje się podejrzenie, że jasne dowody takich niezgłoszonych błędów medycznych nie trafiają do dokumentacji medycznej poszkodowanych pacjentów*.[603]

Do ciekawych wniosków powiązanych z liczbą zgonów doszli także badacze z Uniwersytetu im. Johna Hopkinsa. Wg ich szacunków błędy medyczne powodują około 250.000 zgonów rocznie. Jednocześnie jest to wynik wyższy od trzeciej najczęstszej przyczyny zgonów publikowanych przez Centra Kontroli i Prewencji Chorób (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) – chorób układu oddechowego odpowiadających za 149.205 zgonów w 2013 r. Najwięcej zgonów (611.105) było spowodowanych chorobami serca i nowotworami (588.881). Badacze wskazują na potrzebę zaktualizowania tej listy właśnie o wspominane zgony spowodowane błędami medycznymi. Dr Martin Makary, jeden z członków zespołu badawczego wskazuje, że brak tej pozycji w akcie zgonu wynika z przyjętej przez USA (w 1949 r.) Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (International Classification of Diseases – ICD). W tamtym okresie zwyczajnie nie zakładano, że tego typu błędy mogą prowadzić do śmierci pacjentów na skalę porównywalną z niektórymi chorobami. Obecne statystyki pomagają w zwróceniu uwagi na problemy z nowotworami czy chorobami serca oraz pozyskaniu środków na ich leczenie. Między innymi dlatego brak ujmowania w statystykach zgonów z powodu błędów medycznych stanowi dodatkową przeszkodę

---

[601] Należy również wziąć pod uwagę potencjalną liczbę uszczerbków na zdrowiu mających miejsce w szpitalach, które nie kończą się śmiercią pacjentów, która potencjalnie może stanowić kilkukrotność liczby zgonów.

[602] J. T. James, *A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care*, „Journal of Patient Safety” 2013, nr 3, s. 122-123, 127.

[603] Ibidem, s. 126.

dla dążeń do ograniczania liczby takich przypadków.[604]

W tym wypadku dużym wyzwaniem byłaby zmiana nastawienia szpitali ukierunkowana na wykonywanie mniejszej liczby testów czy zabiegów.[605] Jednak bez zwiększenia konkurencji, np. poprzez zniesienie CON, będzie to zdecydowanie trudniejsze. Zwłaszcza, że wg badań, pacjenci z różnymi dolegliwościami jak np.: bóle pleców, głowy czy infekcje dróg oddechowych przechodzą większą ilość niepotrzebnych badań w klinikach należących do szpitali niż w innych placówkach np. tych należących do lekarzy (POH). Zamawianie większej ilości usług medycznych jak: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, RTG czy skierowania specjalistyczne negatywnie wpływa nie tylko na koszty, ale również na jakość świadczonych usług.[606]

Jeszcze innym problemem okazały się być regulacje wprowadzone przez Ustawę Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA) z 1986 r. Wymaga ona od szpitalnych oddziałów ratunkowych (emergency department) ustabilizowania stanu zdrowia oraz leczenia każdej osoby, która tam trafi z tzw. *nagłym przypadkiem* (emergency medical condition) – niezależnie od jej statusu ubezpieczeniowego i zdolności do opłacenia kosztów leczenia. Prowadzi to do zamykania takich placówek ze względu na rosnące koszty związane z nierekompensowanymi usługami medycznymi, co ogranicza także możliwości udzielania pomocy innym pacjentom.[607]

Celem EMTALA było uniemożliwienie szpitalom stosowania praktyk przenoszenia nieubezpieczonych pacjentów lub osób ubezpieczonych w ramach Medicaid do szpitali publicznych. Nowe regulacje dawały taką możliwość, ale dopiero po wcześniejszym przeprowadzeniu badań przesiewowych. Jedną z niezamierzonych konsekwencji regulacji było także stopniowe wycofywanie się władz lokalnych oraz stanowych z zapewniania opieki zdrowotnej najuboższym i przerzucania tej odpowiedzialności na szpitale.[608]

---

[604] M. Makary, M. Daniel, *Study Suggests Medical Errors Now Third Leading Cause of Death in the U.S.*, 03.05.2016, https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/study_suggests_medical_errors_now_third_leading_cause_of_death_in_the_us (dostęp: 12.05.2020).

[605] Więcej informacji na temat powiązania śmiertelności z nadmierną liczbą procedur oraz regulacji zob. L. K. Hall, *The Medicalization of Birth and Death*, John Hopkins University Press, USA 2019.

[606] J. N. Mafi i in., *Association of Primary Care Practice Location and Ownership With the Provision of Low-Value Care in the United States*, „Journal of the American Medical Association" 2017, nr 6, s. 838.

[607] American College of Emergency Physicians, *EMTALA Fact Sheet*, brak daty, https://www.acep.org/life-as-a-physician/ethics--legal/emtala/emtala-fact-sheet/ (dostęp: 12.05.2020).

[608] Ibidem.

Innym problemem jest też sama definicja stanu nagłego, która jest bardzo szeroka co w zasadzie oznacza, że oddziały ratunkowe muszą przyjmować i zbadać każdego kto się do nich zgłosi. W pewnym stopniu przepisy te przyczyniły się więc do utrwalenia zjawiska pokusy nadużycia i zniechęcenia do zawierania ubezpieczenia. Z kolei w sytuacji pojawienia się stanu nagłego, w pierwszej kolejności musi on zostać ustabilizowany, aby możliwe było przeniesienie pacjenta do innej placówki. Jeśli dana jednostka nie ma możliwości do leczenia nagłego przypadku, pacjent musi zostać przeniesiony zgodnie z wymogami EMTALA, co nakłada dodatkowe obowiązki na szpitale. Za naruszenie zasad na szpital lub lekarza mogą zostać nałożone grzywny finansowe czy wypowiedzenie świadczenia usług w ramach Medicare.[609]

Alternatywa w postaci bezpośredniej opieki podstawowej

Pewną nadzieję na zmianę sytuacji daje rozwój modelu bezpośredniej opieki podstawowej (Direct Primary Care – DPC). DPC nie funkcjonuje w oparciu o model ubezpieczeniowy tak jak ma to miejsce w przypadku szpitali. Model ten działa na zasadzie abonamentu medycznego, gdzie pacjenci uiszczają stałe miesięczne opłaty (np. kilkadziesiąt dolarów miesięcznie) za możliwość korzystania z usług podstawowej opieki medycznej. Pacjenci nie są także obciążani dodatkowymi kosztami własnymi jak w przypadku ubezpieczeń zdrowotnych. Dla lekarzy pozyskanie odpowiedniej liczby pacjentów oznacza stabilne dochody i możliwość utrzymania tego typu działalności. DPC uzupełnia więc ofertę sieci klinik detalicznych w których zatrudniane są pielęgniarki i asystenci lekarzy. Lekarze świadczący swoje usługi w ramach DPC mogą poświęcać więcej czasu i uwagi swoim pacjentom, co wpływa na wzrost zaufania i przyczynia się do odbudowy relacji na linii lekarz-pacjent. Średni czas wizyty u lekarza w ramach DPC wynosi 30-60 min. w porównaniu do 13-16 min. w przypadku tradycyjnych wizyt w modelu ubezpieczeniowym.[610]

Istotny jest również fakt, że działalność lekarzy nie podlega takiej formalizacji

[609] Ibidem.

[610] L. Ramsey, *A new kind of doctor's office charges a monthly fee and doesn't take insurance — and it could be the future of medicine*, 19.03.2017, https://www.businessinsider.com/direct-primary-care-a-no-insurance-healthcare-model-2017-3?IR=T (dostęp: 13.05.2020).

jaka ma miejsce w szpitalach. Korzyści jakie daje lekarzom DPC sprawia, że coraz więcej z nich decyduje się na niepodejmowanie lub rezygnację z pracy w szpitalach. W 2005 r. liczba lekarzy praktykujących w ramach DPC wynosiła jedynie 150 medyków, w 2010 ich liczba wzrosła do 756, a w 2015 już do 6.500.[611] Znacznie wzrosła także liczba praktyk lekarskich tego typu (z 125 w 2014 r. do 620 w 2017 r.) oraz pacjentów – z 6.000 w 2014 r. do 173.000 w 2017 r.[612] Dodatkowo, w celu ochrony tej dynamicznie rozwijającej się niszy rynkowej wiele stanów uchwaliło odpowiednie przepisy, które nie traktują DPC jako działalności ubezpieczeniowej i w związku z tym jest ona zwolniona z utrzymywania odpowiednich rezerw finansowych jak ma to miejsce w przypadku ubezpieczycieli. W 2019 r. tego typu prawa zostały uchwalone w 27 stanach, a w kilku kolejnych zostały rozpoczęte prace nad ich wejściem w życie.[613]

Ponadto, praca w szpitalach, pomimo gwarantowania pewnej stabilności finansowej, wiąże się z wieloma negatywnymi efektami ubocznymi. Z ankiety przeprowadzonej przez The Physicians Foundation w 2018 r. wynika między innymi, że 80% ankietowanych lekarzy jest w pełni lub nadmiernie obciążonych swoją pracą, 78% czasami lub często doświadcza uczucia wypalenia zawodowego a 46% z nich planuje zmianę swojej ścieżki kariery (tabela 10). Niepokojący jest również fakt, że ponad 17% lekarzy ma w planach przejście na emeryturę w ciągu najbliższych 3 lat, co potencjalnie stanowiłoby ubytek około 136.000 ze wszystkich 800.000 aktywnych lekarzy. Mimo uzupełnia tego *deficytu* o 85.000 absolwentów uczelni medycznych ich ogólna liczba będzie niższa o 51.000. Wynika to także z faktu, że 32% lekarzy ma co najmniej 60 lat i coraz więcej z nich będzie przechodzić na emeryturę w przyszłości.[614]

[611] ElationHealth, *What is Direct Care?*, brak daty, https://www.elationhealth.com/what-is-direct-care/ (dostęp: 13.05.2020).
[612] G. Marquez, *How fast is direct primary care growing?*, 22.05.2018, https://www.elationhealth.com/direct-care-blog/growing/ (dostęp: 13.05.2020).
[613] DPC Frontier, *2019 DPC Laws + Pilot*, brak daty, https://www.dpcfrontier.com/states/ (dostęp: 13.05.2020).
[614] The Physicians Foundation, *2018 Survey of America's Physicians: Practice Patterns and Perspectives*, The Physicians Foundation, USA 2018, s. 7-8, 36.

Tabela 10. Wybrane kluczowe informacje dotyczące stosunku lekarzy do swojej pracy

80% ankietowanych lekarzy jest w pełni lub nadmiernie obciążonych swoją pracą
62% jest pesymistycznie nastawionych co do przyszłości medycyny
55% opisuje swoje nastawienie (morale) jako nieco lub bardzo negatywne
78% czasami, często lub zawsze doświadcza uczucia wypalenia zawodowego
23% czasu pracy lekarza przeznaczane jest na niekliniczne formalności
46% z ankietowanych planuje zmienić ścieżki kariery

Źródło: opracowanie własne na podstawie: The Physicians Foundation, *2018 Survey of America's Physicians: Practice Patterns and Perspectives*, The Physicians Foundation, USA 2018, s. 7-8.

Dlatego, w kontekście powyższych danych, rosnąca popularność poza-szpitalnych form praktykowania medycyny nie powinna dziwić. Lekarze w ramach DPC mają większą swobodę działania i nie są postawieni pod presją spełnienia określonych wymogów formalnych (np. związanych z odpowiednią rejestracją przypadku) bardziej zadowalających płatników niż pacjentów. W tym wypadku lekarze stają pod presją ze strony kontrolerów nie rozumiejących działań lekarzy podejmowanych w odniesieniu do konkretnego pacjenta i mogących zinterpretować ich działania jako nieuzasadnione tzn. nie pasujące do obowiązującego optymalnego modelu czy standardowego zestawu oczekiwanych działań. Ten stan rzeczy dobrze oddają Hilton P. Terrell oraz Timothy D. Terrell:

Co więcej, gdy lekarz robi rzeczy, które są ważne i niemierzalne, a nie robi błahych rzeczy, które są mierzalne i łatwo komunikowalne, centralny kontroler postrzega takiego medyka jako nieefektywnego. Gdy lekarze dokonują korekty swojego podejścia medycznego, aby zadowolić kontrolerów, czasami pozostawiają pacjentów bez uwagi, której ci potrzebowali i pragnęli. Im potężniejszy jest kontroler, tym bardziej prawdopodobne, że lekarz będzie chciał zadowolić właśnie jego, a nie pacjenta. (…)

Nienasycone wymagania dotyczące monitorowania, informacji zwrotnej, kontroli i płatności odwracają uwagę lekarza od chorego. Branże chcą jednolitości metody i produktu. Opieka medyczna jest osadzona w indywidualności.[615]

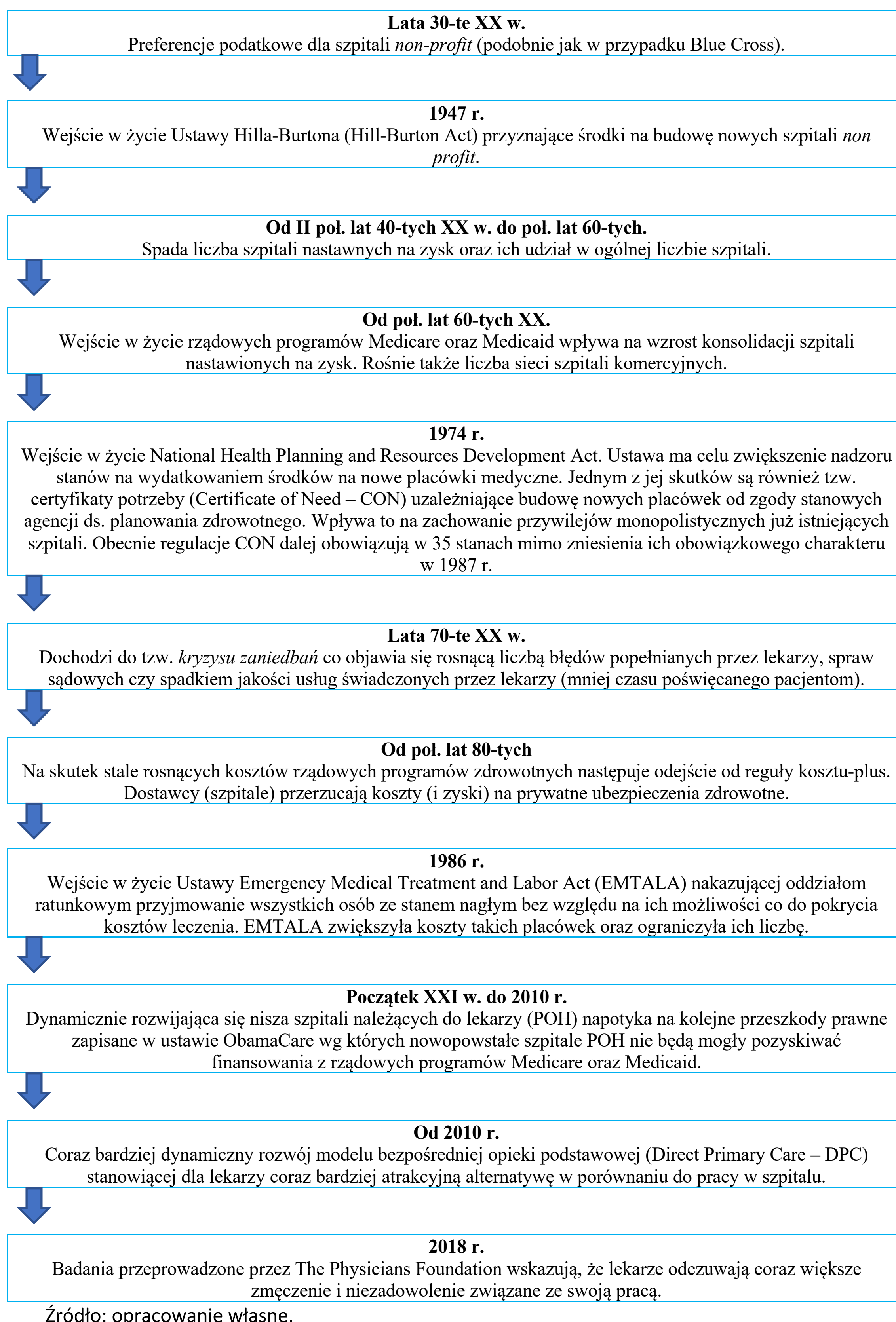
Tego typu inicjatywy są także wspierane przez działalność szeregu instytucji przyczyniających się do usprawniania procesów rynkowych jak np. Benjamin Rush Institute, którego misją jest jednoczenie środowiska medycznego w celu przywrócenia odpowiednich relacji na linii lekarz-pacjent czy Free Market Medical Association

[615] H. P. Terrell, T. D. Terrell, *Medical Information and Bureaucracy: F.A. Hayek and the Use of Medical Knowledge*, „Journal of American Physicians and Surgeons" 2005, nr 3, s. 77, 79.

działającą na rzecz większej transparentności w opiece zdrowotnej poprzez działalność akredytacyjną prywatnych placówek oraz kojarzenie lekarzy oferujących swoje usługi w konkretnych cenach z pacjentami chcących zapłacić za nie bezpośrednio.

Podsumowując, także sektor szpitalny w USA poddawany był bardzo wielu regulacjom ograniczających konkurencję, co nie pozostało bez wpływu na rosnące ceny, ograniczoną liczbę nowych placówek czy pogorszenie relacji pomiędzy lekarzami a pacjentami. Kluczowe interwencje zostały przedstawione na rysunku 42.

Rysunek 42. Kluczowe interwencje amerykańskim szpitalnictwie oraz ich skutki



Źródło: opracowanie własne.

Rozdział 4

REFORMA PATIENT PROTECTION AND AFFRODABLE CARE ACT (PPACA) Z 2014 r.

Wstęp

Każde nowe plany reformowania systemu opieki zdrowotnej, w momencie ich ogłaszania przez poszczególnych polityków, przyciągają uwagę społeczeństwa, mediów itp. Tym samym, często mogą wydawać się one czymś zupełnie nowym i odmiennym od wcześniejszych rozwiązań. Ten rozdział ma za zadanie pokazać, że zmiany jakie wprowadziła ustawa o *przystępnej opiece zdrowotnej*, czyli Patient Protection and Affordable Care Act (potocznie nazywana ObamaCare),[616] ogólnie rzecz biorąc, nie były niczym nowym w długoletniej historii rządowego interwencjonizmu w amerykańskim systemie ochrony zdrowia. Dotyczy to zarówno nowowprowadzonych regulacji jak i ich skutków.

Naturalnie, duży zakres zmian jakie wprowadziło za sobą nowe prawo wiązało się ze znaczną liczbą kolejnych prawno-instytucjonalnych rozwiązań mających za zadanie realizację określonych celów. Jednak, bardziej dokładna analiza pokazała, że w ujęciu ekonomicznym, sprowadzały się one, *de facto*, do poszerzania zakresu nieskutecznych interwencji z przeszłości czy przeznaczenia dodatkowych środków na kontynuowanie niektórych programów rządowych jak np. Medicaid.

Jak zostanie wykazane, ObamaCare stanowi przykład kolejnej serii interwencji mających za zadanie stawienia czoła problemom wynikających z poprzednich interwencji. Ustawa ta jest więc efektem dynamicznej natury interwencjonizmu, co oznacza, że chęć rozwiązywania określonych problemów gospodarczych za pomocą kolejnych interwencji jedynie pogarsza problem jeszcze bardziej zakłócając procesy

[616] W niniejszym rozdziale, w odniesieniu do wspomnianej reformy, będzie wykorzystywana jej potoczna nazwa lub skrót od pełnej nazwy – PPACA. W literaturze jest także wykorzystywany skrót od niepełnej nazwy: ACA, od Affordable Care Act.

rynkowe.

Aplikowanie kolejnych interwencji, przynajmniej częściowo, opiera się na przekonaniu, że do określonych problemów doprowadził rynek. Można stwierdzić, że twierdzenie to byłoby uzasadnione jedynie w przypadku, gdyby w USA funkcjonował rynkowy system ochrony zdrowia z prawdziwego zdarzenia. Jednak, w takich uwarunkowaniach zaangażowanie państwa w opiece zdrowotnej, w najlepszym wypadku, musiałby się ograniczać do marginalnego udziału wydatków publicznych (np. 5% wydatków publicznych, a 95% wydatków prywatnych) oraz, co ważniejsze, do bezpośredniego i pośredniego nieingerowania w procesy rynkowe za pomocą rządowych instytucji i regulacji tak jak ma to miejsce obecnie (np. poprzez takie instytucje i regulacje jak AMA, FDA, CON itp.). Taka sytuacja nie ma jednak miejsca w USA od ponad 100 lat co zostało przedstawione na wielu przykładach w poprzednim rozdziale.

Zakres zmian wprowadzonych przez ObamaCare jest bardzo szeroki i obejmuje między innymi: branżę ubezpieczeniową, farmaceutyczną, pracodawców, pracowników czy osoby nieubezpieczone. Dlatego, dla lepszej klarowności wywodu struktura niniejszego rozdziału została ułożona w ten sposób, aby pokazać poszczególne przyczyny, kluczowe założenia oraz skutki reformy w odniesieniu do poszczególnych elementów czy obszarów amerykańskiego systemu ochrony zdrowia.

4.1. Przyczyny wprowadzenia reformy PPACA

4.1.1 Wzrost kosztów

Problemy związane ze stale rosnącymi kosztami nie są nowym zjawiskiem w amerykańskim systemie ochrony zdrowia. Wręcz przeciwnie, jak zostało to przedstawione w poprzednim rozdziale, są one jego nieodłączną częścią od ponad stu lat. Jednak, w tej części pracy, należy zwrócić uwagę na kilka dodatkowych aspektów z tym związanych. Jednym z nich będzie rozróżnienie pomiędzy kosztami a wydatkami, gdyż (mimo pewnych podobieństw) terminy te nie oznaczają one tego samego, a często zdarza się, że są stosowane zamiennie. Dyskusja poprzedzająca wprowadzenie ObamaCare także doprowadziła do pewnych nieporozumień w tym względzie.

Rosnące koszty poszczególnych usług medycznych czy wydatki na opiekę zdrowotną często występowały równocześnie. Było to związane z między innymi z ograniczeniami podażowymi czy z ekspansją płatników trzeciej strony. W tym względzie ObamaCare nie wprowadzało niczego nowego. Pierwszego poważnego problemu z kosztami usług medycznych doświadczono już w latach 20-tych XX w. na skutek ograniczenia przez AMA ilości uczelni medycznych i tym samych ilości lekarzy. Z kolei, specjalne preferencje dla planów zdrowotnych Blue Cross/Blue Shield oraz ubezpieczeń zdrowotnych zapewnianych przez pracodawcę doprowadziły do ograniczenia wydatków bezpośrednich i tym samym racjonalności wydatków na usługi medyczne. Amerykanie ponoszący jedynie część kosztów mieli coraz mniej pojęcia o faktycznym koszcie danej usługi, a wejście w życie rządowych programów Medicare i Medicaid w 1965 r. jedynie pogorszyło problem.

W efekcie, na skutek znacznego wzrostu kosztów i wydatków doszło do kolejnych prób rozwiązywania problemów starymi metodami. Na początku lat 90-tych XX w. (ponownie) rozważano pomysł wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia dla wszystkich Amerykanów zapewnianego przez rząd federalny potocznie zwanego HillaryCare, którego ostatecznie nie udało się zrealizować.[617] W istocie, proponowane założenia skutkowałyby zniesieniem ubezpieczeń prywatnych, ograniczeniem swobód

[617] Nazwa pochodzi od imienia Hillary Clinton z Partii Demokratycznej i jednocześnie żony ówczesnego Prezydenta USA Billa Clintona.

pacjentów i lekarzy oraz, tak naprawdę, wprowadzeniem systemu jednego płatnika.[618] Co ciekawe, w ferworze ścierania się politycznych stanowisk, krytycy ObamaCare często zarzucali ustawie, że będzie ona prowadziła do uspołecznienia lecznictwa w USA. Jednak, porównując zmiany jakie wprowadziła, można je uznać jedynie za skromniejszą wersję HillaryCare.

Mimo to, dalej podejmowane były próby wprowadzenia czegoś na wzór powszechnego ubezpieczenia, ale tym razem na poziomie stanowym. Wysiłki te udało się doprowadzić do finalnej realizacji w 2006 r. w stanie Massachutests, co stanowiło swego rodzaju *preludium* do ObamaCare. Co ciekawe, głównym pomysłodawcą tych zmian nie byli Demokraci, ale senator Mitt Romney związany z Partią Republikańską. Nowe regulacje nakładały obowiązek posiadania ubezpieczenia w formie indywidualnej lub grupowej. Na pracodawców zapewniających minimum 11 etatów został nałożony wymóg ubezpieczenia wszystkich swoich pracowników lub zapłacenie grzywny. W przypadku braku posiadania polisy indywidualnej karą była utrata ulgi od podatku dochodowego.[619]

Jednym z celów obowiązkowego posiadania ubezpieczenia było zmniejszenie liczby osób nieubezpieczonych, które stanowiły od 8,6 do 11,2% całej populacji stanu liczącej 6,4 mln osób. Po wprowadzeniu nowego prawa cel ten częściowo udało się osiągnąć. Do połowy 2008 r. liczba ubezpieczonych wzrosła o około 350.000 osób z których połowa zapisała się do bezpłatnego programu Commonwealth Care finansowanego przez władze stanowe. Prawdziwym problemem okazało się być jednak niedoszacowanie kosztów jego finansowania – podobnie jak miało to miejsce w przypadku pierwszych lat funkcjonowania Medicare. W roku fiskalnym 2007 wydatki stanowe na Commonwealth Care wyniosły 133 mln USD. Z kolei, w 2008 r. było to już 647 mln USD, a w 2009 r. 869 mln USD. Dla porównania, senator Romney wskazywał, że wydatki te będą wynosiły około 125 mln rocznie. Warto także zaznaczyć, że koszty te byłyby jeszcze wyższe, gdyby nie fakt, że nie wszyscy mieszkańcy stanu przystąpili do ubezpieczenia. Dla wielu z nich był to zbyt duży wydatek i woleli zapłacić karę za jego

[618] Więcej na temat krytyki HillaryCare zob. M. N. Rothbard, *Ekonomiczny punkt widzenia*, Instytut Ludwiga von Misesa, Wrocław 2015, s. 113-118.

[619] S. C. Pipes, *The Top Ten Myths of American Health Care: A Citizen's Guide*, Pacific Research Institute, USA 2008, s. 36-37.

brak. Sama jej wysokość następnie wzrosła z 219 USD w 2007 r. do 912 USD rok później.[620]

Zauważalny był też wzrost wysokości składek ubezpieczeniowych po wejściu w życie nowego prawa. W 2007 i 2008 r. wzrost ten wyniósł 8% dla ubezpieczeń zawieranych w wariancie indywidualnym oraz 7 i 8% dla wariantu rodzinnego. Warto także podkreślić, że stan Massachusetts już wcześniej był kojarzony z relatywnie wysokimi składkami ubezpieczeń zdrowotnych w porównaniu do innych stanów. Nie był to jednak koniec podwyżek. Ostatecznie doszło do sytuacji, w której stanowa komisja ubezpieczeniowa, w kwietniu 2010 r., nie zaakceptowała aż 235 z 274 podwyżek składek zgłoszonych/*proponowanych* przez ubezpieczycieli. Ich zakres zawierał się w przedziale 7-34%, co świadczy o kontynuacji lub nasileniu się trendu z lat 2007-2008.[621]

Jest to o tyle istotne, że bardzo zbliżone rozwiązania zastosowano później podczas ustalania zasad działania ObamaCare. Powyższy przykład pokazuje również, że wszelkie projekty tego typu pozostają bardzo niepewne co do utrzymywania wydatków na odpowiednim poziomie. Tak znaczący wzrost wydatków był możliwy między innymi dlatego, że nowi ubezpieczeni płacili jedynie ułamek kosztów lub w ogóle ich nie ponosili a tym samym nawet relatywnie wysoki koszt za poszczególne usługi medyczne nie miał dla nich większego znaczenia. Taki wzrost popytu prowadził następnie do wzrostu kosztów usług medycznych. Tym samym, skutki wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia w stanie Massachutests niczym nie różniły się od skutków do jakich doprowadził chociażby program Medicare już kilka lat po jego starcie w 1965 r.

Instytucje publiczne i rządowe programy dążące do utrzymywania kosztów i wydatków na odpowiednim poziomie nie raz już udowadniały, że w przeszłości nie potrafiły tego celu osiągnąć. Takie uwarunkowania prowadziły do utrwalania systemu, w którym ubezpieczony Amerykanin ponosi relatywnie niewielkie wydatki pomimo stale rosnących kosztów poszczególnych świadczeń medycznych.

[620] S. C. Pipes, *The Top Ten Myths of American Health Care: A Citizen's Guide*, Pacific Research Institute, USA 2008, s. 37-38.

[621] G. Whitman, *Individual Insurance Mandates*, w: S. W. Atlas (red.), *Reforming America's Health Care System: The Flawed Vision of ObamaCare*, Hoover Institution Press Publication, USA 2010, s. 27.

Dopóki większość kosztów ponosi trzecia strona nie ma on większych powodów do zmartwień. Sytuacja nie jest więc dramatyczna jak to się często przedstawia. Owszem, taki system ma swoje poważne problemy, ale nie oznacza to, że np. co drugi Amerykanin nie ma dostępu do lekarza itd.

Problemy pojawiają się, kiedy ktoś wypada z tego systemu i przynajmniej przez pewien czas pozostaje mu jedynie możliwość nabycia danych usług bezpośrednio. W takiej sytuacji zetknięcie się z *realnymi* cenami może być szokujące, zwłaszcza jeśli chodzi np. o usługi szpitalne.[622] Prowadzi to do powstania w społeczeństwie wrażenia istnienia swego rodzaju *siatki bezpieczeństwa* z której wypadnięcie jest jednoczesnym narażeniem się na wysokie koszty. Dlatego, dla wielu Amerykanów ubezpieczenie zapewniane przez pracodawcę stanowi tak istotny element umowy o pracę czy decyzji przy zmianie (lub nie) miejsca pracy.

Problem rosnących kosztów usług medycznych w większym stopniu dotyczy osób nieposiadających ubezpieczenia zapewnianego przez pracodawcę np. prowadzących własną działalność gospodarczą, pracujących w mniejszych firmach dla których koszt takiego ubezpieczenia jest zbyt wysoki lub których zwyczajnie nie stać na zakup ubezpieczenia indywidualnego. Jednak także ich sytuacja zaczyna się poprawiać, ale nie poprzez rynek ubezpieczeń, lecz z powodu coraz lepszych możliwości nabywania usług medycznych bezpośrednio dzięki rozwojowi między innymi: lekarzy oferujących swoje usługi bezpośrednio (direct primary care), szpitalom będących własnością lekarzy czy sieciom klinik detalicznych. Dodatkowym problemem (utrudniającym deregulację rynku ubezpieczeń zdrowotnych) jest kwestia losu ubezpieczonych z już występującymi chorobami. Jednak, w tym wypadku emocje często przesłaniają racjonalny osąd sytuacji. W dyskusjach tego typu często zapomina się o tym, że wiele z tych problemów zdrowotnych wynika nieodpowiedniego stylu życia, nie uprawiania sportu czy niewłaściwego odżywiania będącego przyczyną otyłości itd. Urynkowienie ubezpieczeń to jednocześnie większa odpowiedzialność ludzi za ich własne zdrowie.

To między innymi te kwestie wpływały na propozycje zmian w amerykańskim systemie ochrony zdrowia podczas wyborów prezydenckich w USA w 2008 r. Propozycje senatora Johna McCaina, kandydata na urząd prezydenta USA z ramienia Partii

[622] W rozdziale 3 kilkukrotnie były podawane przykłady skrajnie zawyżonych cen usług szpitalnych.

Republikańskiej, dotyczyły ograniczenia regulacji stanowych wpływających na większy zakres ubezpieczeń zdrowotnych, co miało pomóc w obniżeniu ich cen. Ponadto, McCain postulował zniesienie ulgi podatkowej przy ubezpieczeniach zdrowotnych zapewnianych przez pracodawcę przy jednoczesnym przyznaniu nowych ulg za wybór mniej rozbudowanego ubezpieczenia. Zdaniem senatora McCaina miało to zwiększyć rolę konsumenta. Z kolei, kandydat Partii Demokratycznej, senator Barack Obama, był skłonny do zachowania obecnej struktury finansowania przy jednoczesnym wprowadzeniu pewnych zmian mających ułatwić nabywanie ubezpieczeń indywidualnie a nie przez pracodawcę. Jedną z propozycji było także utworzenie nowego ubezpieczeniowego programu publicznego będącego alternatywą dla ubezpieczeń prywatnych.[623]

Interesujące jest również to, że obaj politycy podkreślali rolę technologii informacyjnych w procesach poprawy dostarczania opieki zdrowotnej. Takie wypowiedzi prowadzą jednak do zjawiska, które można określić mianem *podwójnego paradoksu technologii*, jakie można zaobserwować w dyskusjach na temat systemów ochrony zdrowia. Z jednej strony, w literaturze przedmiotu technologia jest uważana za jedną z przyczyn wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, które niewątpliwe wpływają na jej dostępność.[624] Z drugiej strony, pokładane są w niej nadzieje na obniżenie tych kosztów, lepszą optymalizację procesów leczenia itd. Te dwa punkty widzenia wzajemnie się wykluczają, a łączy je jedynie to, że ignorują one instytucjonalne uwarunkowania ze zbyt dużym zaangażowaniem płatników trzeciej strony w finansowaniu dostępu do usług medycznych.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną istotną kwestię, a mianowicie na rozróżnienie pomiędzy kosztami poszczególnych świadczeń medycznych a wydatkami na te świadczenia, gdyż pomiędzy nimi występuje kilka istotnych różnic. Często też używa się tych terminów zamiennie. Tymczasem np. wzrost kosztów tych świadczeń to nie to samo co wzrost wydatków na te świadczenia (np. pod postacią opieki zdrowotnej). Koszty te można określić np. na podstawie cen

---

[623] Kaiser Family Foundation, *Health Care Costs and Election 2008*, 14.10.2008, https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/health-care-costs-and-election-2008/ (dostęp: 10.06.2020).

[624] Zostało to już poruszone w podrozdziale 3.4.

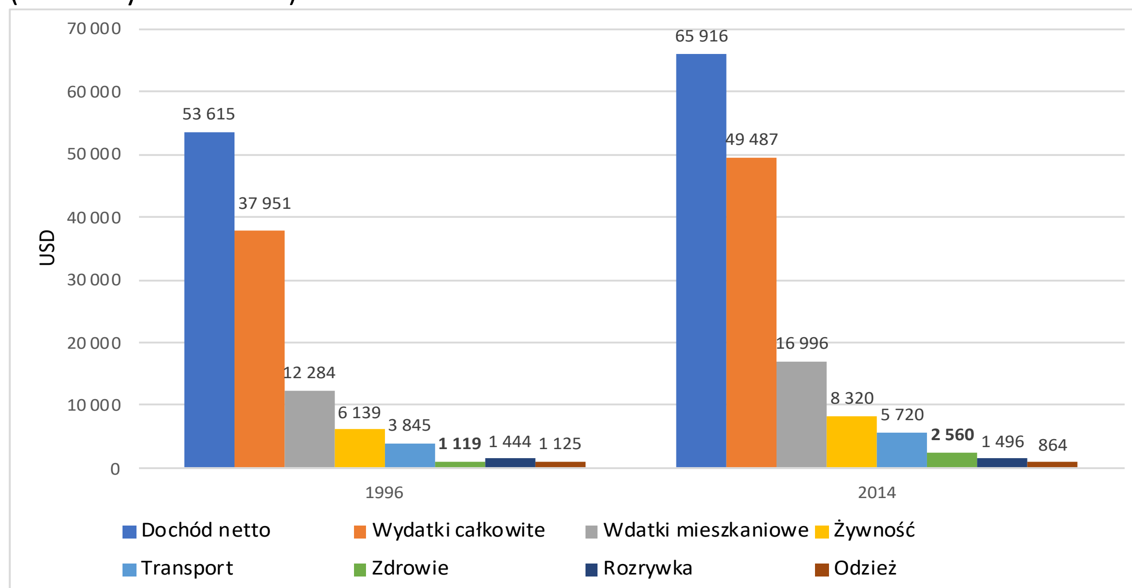
poszczególnych usług w danym momencie czasu lub za pomocą wskaźnika cen usług medycznych (CPI: medical services), wskaźnika cen usług szpitalnych (CPI: hospital services) itd. Tych kosztów nie należy także mylić z kosztami jakie ponoszą dostawcy tych usług. Z kolei wydatki to suma kosztów pieniężnych (w danym okresie) jakie przeznaczają na owe usługi konsumenci, ubezpieczyciele, instytucje publiczne czy instytucje charytatywne. W tym przypadku, wydatki Amerykanów (gospodarstw domowych) nie są relatywnie wysokie, ale koszty usług medycznych i wydatki ubezpieczycieli oraz rządu już tak. W 2014 r. wydatki gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną stanowiły niecałe 4% ich dochodu netto i nieco ponad 5% ich całkowitych wydatków budżetowych[625] (rysunek 43).[626]

Na koszty i wydatki wpływ mają także rządowe interwencje. Sztucznie ograniczona podaż (np. lekarzy, szpitali itd.) prowadzi do wzrostu kosztów usług medycznych. W takim przypadku konsumenci (płacący z własnej kieszeni) nie muszą być skłonni do zwiększania swoich wydatków. Sytuacja ulega zmianie dopiero gdy interwencje prowadzą do sztucznego pobudzenia popytu skutkującego wzrostem wydatków (ponoszonych już przez ubezpieczycieli prywatnych lub rząd), co prowadzi także do wzrostu kosztów usług medycznych. Powoduje to także pewną dezorientację w społeczeństwie, które bezpośrednio nie musi odczuwać rosnących kosztów i wydatków, ale do którego dochodzą także sygnały o problemach osób nie posiadających np. ubezpieczenia u pracodawcy. W warunkach rynkowych wzrost wydatków jest możliwy dzięki postępowi technologicznemu oraz rosnącym płacom realnym, ale wówczas towarzyszy mu stopniowe obniżanie kosztów usług medycznych. Z kolei, w przypadku stosowania interwencji rosną zarówno wydatki jak i koszty.

[625] The Pew Charitable Trusts, *Household Expenditures and Income*, The Pew Charitable Trusts, USA 2016, s. 4.

[626] Co ciekawe, również w przeszłości udział wydatków na opiekę zdrowotną w wydatkach całkowitych gospodarstw domowych pozostawał na podobnym poziomie, co nie powinno dziwić ze względu na rosnącą popularność prywatnych ubezpieczeń oraz wejście w życie Medicare i Medicaid. Udział ten wynosił odpowiednio: 4,7% (1917-1919), 5,1% (1950 r.), 6,6% (1960-1961), 4,7% (1972-1973) i 4% (1986-1987). Więcej na ten temat zob. D. S. Johnson i in., *A century of family budgets in the United States*, „Monthly Labor Review" 2001, nr 5, s. 28-45.

Rysunek 43. Mediana dochodów i struktura wydatków amerykańskich gospodarstw domowych w 1996 i 2014 r. dla czteroosobowego gospodarstwa domowego (2 dorosłych i 2 dzieci)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: The Pew Charitable Trusts, *Household Expenditures and Income*, The Pew Charitable Trusts, USA 2016, s. 4.

Uwagi: Wydatki na zdrowie obejmują: płatności bezpośrednie, składki na ubezpieczenia zdrowotne, leki na receptę oraz wydatki na zaopatrzenie medyczne.

Dochody netto to suma środków pieniężnych (uzyskanych w ciągu 12 miesięcy przed datą przeprowadzenia wywiadu) przez gospodarstwo domowe na którą składa się: dochód po opodatkowaniu; wpływy ze świadczeń społecznych (np. alimenty na dzieci); wpływy pochodzące z ubezpieczeń społecznych, ubezpieczeń na życie, sprzedaży papierów wartościowych, emerytur, odszkodowań dla pracowników oraz innych źródeł.

Wszystkie kwoty w dolarach zostały skorygowane o wskaźnik inflacji (do 2014 r.) na podstawie wskaźnika Personal Consumption Expenditure Price Index (PCE) publikowanego przez Biuro Analiz Ekonomicznych (Bureau of Economic Analysis). [s. 14].

Przykład USA pokazuje również, że rządowe interwencje były (bezpośrednio lub pośrednio) skoncentrowane bardziej na redukcji wydatków gospodarstw domowych niż na redukcji kosztów świadczeń medycznych. Także oficjalna nazwa ObamaCare, czyli Patient Protection and Affordable Care Act, zawiera w sobie słowo affrodable (ang. niedrogi), co miało akcentować chęć zapewnienia dostępu do *niedrogiej* opieki zdrowotnej przez pokrywanie części wydatków przez rząd. Z politycznego punktu widzenia nie powinno to dziwić, gdyż takie podejście dawało lepsze efekty – było natychmiastowe i bezpośrednio odczuwalne przez część amerykańskich wyborców w porównaniu do stopniowo następującego spadku cen usług medycznych obejmującego całe społeczeństwo. Jednak takie podejście, jakkolwiek politycznie atrakcyjne, mogło prowadzić jedynie do przedłużenia starych problemów z kosztami

i wydatkami.

Ponadto, brak rozpoznania związków przyczynowych pomiędzy kosztami a wydatkami może prowadzić do pewnego semantycznego zamieszania. Jako dobry przykład może tutaj posłużyć analiza stanu amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej dokonana przez Kaiser Family Foundation (KFF) w październiku 2008 r., a więc tuż przed wyborami prezydenckimi. Analiza dokonana przez KFF jest wartościowa i zwraca uwagę na wiele istotnych problemów, ale może jednocześnie prowadzić do pewnych błędnych interpretacji. Dla lepszej klarowności wywodu warto przytoczyć kilka fragmentów z tej analizy odnoszących się głównie do problemu wysokich (i dalej rosnących) kosztów i wydatków:

Kluczowe fakty dotyczące kosztów opieki zdrowotnej:

- Wydatki na opiekę zdrowotną w USA w 2008 r. oszacowano na 2,4 bln USD i 7.868 na osobę.

- Udział wydatków na opiekę zdrowotną w PKB wzrósł z 7,2% w 1970 r. do 16,6% w 2008 r.[627]

Suma wydatków na opiekę zdrowotną jak i ich udział w PKB nie mówi nic na temat kosztów opieki zdrowotnej. Często wskazuje się, że tak duży udział wydatków, znacznie odbiegający od innych krajów rozwiniętych, jest powodem do niepokoju. Jednak, można wyobrazić sobie także scenariusz, w którym Amerykanie nabywają jeszcze więcej usług medycznych dzięki relatywnie niskim cenom a udział wydatków pozostaje na podobnym poziomie. Przytoczony fragment pośrednio wskazuje na problem relatywnie wysokich kosztów, które powodują zwiększenie udziału wydatków w PKB.[628] Powyższy wskaźnik nie jest jednak wskaźnikiem kosztowym. Również wysokość wydatków *per capita* może skłaniać do wniosków, że rujnują one budżety gospodarstw domowych, podczas gdy w rzeczywistości są one niższe od wydatków na mieszkania, żywność i transport (rysunek 40). Kolejne fragmenty także zdają się dotyczyć kosztów:

---

[627] Kaiser Family Foundation, *Health Care Costs and Election 2008*, 14.10.2008, https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/health-care-costs-and-election-2008/ (dostęp: 11.06.2020).

[628] Kwestia ta została także poruszona w podrozdziale 3.1.

Dlaczego opieka zdrowotna jest kosztowna

*Różne czynniki pomagają wyjaśnić, dlaczego **koszty opieki zdrowotnej** są tak wysokie i dlaczego tak szybko rosną. Jednym z czynników jest powiększanie bogactwa. Badania dotyczące Stanów Zjednoczonych i innych gospodarek wykazały silną korelację między bogactwem a **wydatkami na opiekę zdrowotną** – gdy narody stają się bogatsze, decydują się **wydać** więcej tego bogactwa na opiekę zdrowotną.*[629] [wytłuszczenie autora].

Prawdą jest, że im bardziej zamożni są Amerykanie tym więcej dóbr i usług mogą oni nabyć. Jednak, korelacja między bogactwem a wydatkami na opiekę zdrowotną to nie to samo co związek przyczynowo skutkowy. W tym kontekście można wskazać kraje o wyższym lub zbliżonym PKB *per capita* do USA, a mimo tego ich wydatki na opiekę zdrowotną nie osiągają takich poziomów jak w USA. Np. Singapur, który także ma PKB *per capita* na poziomie zbliżonym do USA, ale wydatki na opiekę zdrowotną w 2014 r. stanowiły tam jedynie 4,9% PKB, czyli były około trzykrotnie niższe niż w USA. To nie same wydatki są winne rosnącym kosztom, ale struktura ich finansowania oparta głównie na rozrośniętej roli płatników trzeciej strony w połączeniu z ograniczeniami podażowymi. Za kolejną przyczynę rosnących kosztów/wydatków uważa się choroby przewlekłe:

[*Dlaczego opieka zdrowotna jest kosztowna*]

*Częstość występowania **chorób przewlekłych**, takich jak cukrzyca, astma i choroby serca, w połączeniu z rosnącą zdolnością systemu opieki zdrowotnej do leczenia przewlekle chorych, również **przyczynia się do wysokiego i rosnącego poziomu wydatków na zdrowie.** Około 45% Amerykanów cierpi na jedną lub więcej chorób przewlekłych, które odpowiadają za 70% zgonów i około 75% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną.*[630] [wytłuszczenie autora].

Autorzy analizy próbując znaleźć przyczyny rosnących kosztów zdają się traktować koszty i wydatki zamiennie. To prawda, że nowe możliwości leczenia chorób przewlekłych jak i zwiększająca się liczba osób na nie cierpiących mogą wpływać na

---

[629] Kaiser Family Foundation, *Health Care Costs and Election 2008*, 14.10.2008, https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/health-care-costs-and-election-2008/ (dostęp: 11.06.2020).

[630] Kaiser Family Foundation, *Health Care Costs and Election 2008*, 14.10.2008, https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/health-care-costs-and-election-2008/ (dostęp: 11.06.2020).

wzrost wydatków. Ponownie należy jednak zaznaczyć, że taki wzrost wydatków w warunkach rynkowych nie jest niczym niezwykłym, gdyż konkurujący ze sobą dostawcy starają się zapewniać dane usługi w odpowiedniej jakości i po jak najniższych cenach. Jednak, w tylko warunkach konsekwentnego państwowego interwencjonizmu wzrost tych wydatków przekłada się na wzrost kosztów usług medycznych. Innym problem stanowi pokusa nadużycia. Obowiązujące regulacje sprawiają, że osoby młode i zdrowe muszą subsydiować mało kontrolowaną konsumpcję osób z chorobami przewlekłymi.

Również preferencje podatkowe oraz szeroki zakres ubezpieczenia przyczyniają się do wzrostu zarówno kosztów jak i wydatków:

[*Dlaczego opieka zdrowotna jest kosztowna*]

Zachęty podatkowe*, które zachęcają pracowników do żądania kompleksowych świadczeń zdrowotnych, również zostały zidentyfikowane jako* ***czynnik zwiększający koszty opieki zdrowotnej.*** *Ludzie korzystają z większej opieki zdrowotnej, gdy ubezpieczenie płaci wysoki procent kosztów. Ogólnie w całej populacji udział wydatków z własnej kieszeni spadł z około 40% w 1970 r. do około 15% w 2006 r.*[631] [wytłuszczenie autora].

Preferencje podatkowe zwiększają popyt na ubezpieczenia zdrowotne o coraz szerszym zakresie. Możliwość pokrycia większości kosztów coraz szerszej ilości świadczeń jest szczególnie atrakcyjna dla osób z już występującymi chorobami. Rosnąca konsumpcja tych usług poprzez ubezpieczenie zwiększa wydatki ubezpieczycieli, wywiera presję na wzrost składek ubezpieczeniowych oraz (finalnie) przyczynia się do wzrostu kosztów ograniczonej ilości możliwych do zapewnienia świadczeń medycznych. Autorzy raportu słusznie zwracają uwagę na spadek udziału wydatków bezpośrednich.

Ostatnia kwestia, na którą warto zwrócić uwagę to wydajność:

[*Dlaczego opieka zdrowotna jest kosztowna*]

Brak ***wydajności*** *w dostarczaniu i finansowaniu opieki zdrowotnej również przyczynia się do* ***wysokich kosztów opieki medycznej****. Badania przeprowadzone przez Dartmouth Atlas Working Group i inne instytucje wykazały znaczne zróżnicowanie u różnych dostawców w leczeniu i* ***kosztach*** *pacjentów*

[631] Kaiser Family Foundation, *Health Care Costs and Election 2008*, 14.10.2008, https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/health-care-costs-and-election-2008/ (dostęp: 11.06.2020).

o podobnych potrzebach zdrowotnych, bez porównywalnych różnic w wynikach.[632] [wytłuszczenie autora].

Na opisywany powyżej problem zwrócono już uwagę w podrozdziale 3.6. dotyczącym szpitalnictwa. Przywileje monopolowe jakie posiadają między innymi szpitale wraz ze sztucznie rozbudowanym systemem ubezpieczeń powodują, że dostawcy usług medycznych ustalają zawyżone ceny za swoje usługi. Wynika to z faktu, że nie muszą obawiać się konkurencji oraz relatywnie wysokich wydatków ponoszonych przez pacjentów.

[632] Ibidem.

4.1.2. Znaczny odsetek osób nieubezpieczonych

Kolejną i bardzo często pojawiającą się przesłanką do wprowadzania kolejnych interwencji (w tym ObamaCare) jest znaczna liczba Amerykanów nieposiadająca ubezpieczenia zdrowotnego (uninsured). Problem wielu nieubezpieczonych Amerykanów jest jednym z kluczowych wątków debat politycznych i eksperckich na temat zmian w amerykańskiej opiece zdrowotnej. Nie inaczej było podczas kampanii prezydenckiej senatora Obamy, który często podkreślał wagę i potrzebę rozwiązania tego problemu. Swoją narrację kontynuował także już jako Prezydent USA:

Teraz reforma ubezpieczenia zdrowotnego jest jednym z tych filarów, które musimy zbudować, tworząc nowy fundament. Nie muszę wam wyjaśniać, że prawie 46 milionów Amerykanów nie ma dziś ubezpieczenia zdrowotnego. W najbogatszym kraju na ziemi 46 milionów naszych rodaków nie ma ubezpieczenia. Oni są po prostu narażeni. Jeśli coś się stanie, zbankrutują lub nie otrzymają potrzebnej im opieki.[633]

Liczba ta może robić wrażenie. W końcu 46 mln osób to liczba znacznie większa niż populacja wielu krajów, którym część amerykańskich polityków szczerze zazdrości systemu jednego płatnika. Przytoczona przez Obamę liczba nieubezpieczonych (dokładnie 45,7 mln) dotyczy 2007 r. i pochodzi z raportu Biura Spisu Powszechnego USA (U.S. Census Bureau) pt. *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States*. 45,7 mln nieubezpieczonych odpowiada 15,3% z łącznej liczby ludności USA wynoszącej (w 2007 r.) 299,1 mln osób.[634] Odsetek ten znacząco odbiega od innych krajów rozwiniętych w których odsetek nieubezpieczonych (publicznie lub prywatnie) wynosi 0 lub 1-2% ludności. Na ich tle, sytuacja w USA wygląda więc poważnie. Wypowiedzi polityków, jak np. ta przytoczona powyżej, przekazywane później przez media utrwalają także przekonanie, że wielu Amerykanów jest chronicznie nieubezpieczonych i np. przez cały rok nie posiada żadnego dostępu do świadczeń medycznych. W kraju, w którym większość osób posiada ubezpieczenie prywatne

[633] A. Drobnic Holand, *Number of those without health insurance about 46 million*, 18.08.2009, https://www.politifact.com/factchecks/2009/aug/18/barack-obama/number-those-without-health-insurance-about-46-mil/ (dostęp: 18.06.2020).

[634] C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor, J. C. Smith, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2008, s. 20, 22.

prowadzi to do refleksji związanych z zawodnościami rynku i potrzebach kolejnych interwencji. Dlatego, jednym z celów ObamaCare od samego początku było zmniejszenie liczby nieubezpieczonych.

Jednak, jak zostanie to wykazane w tej części pracy, problem znacznej liczby nieubezpieczonych Amerykanów oraz poważnych konsekwencji tego stanu rzeczy został bardzo wyolbrzymiony w politycznych dyskusjach czy medialnych przekazach i nie oddaje dużej złożoności tego zagadnienia. Także przytaczane dane liczbowe wprowadzają w błąd co do oceny amerykańskiego systemu ochrony zdrowia. Dane te, między innymi ze względu na wiele przyczyn bycia nieubezpieczonym, należy poddać swego rodzaju heterogenizacji. Nie oznacza to jednocześnie, że problem osób nieubezpieczonych, które mają problem z uzyskaniem dostępu do świadczeń medycznych, w ogóle nie istnieje. Wręcz przeciwnie, takie osoby występują i nie należy tego bagatelizować, jednak ich liczba nie wynosi aż 46 mln jak stwierdził Prezydent Obama.

Kolejne fragmenty tego podrozdziału pokażą także, że w USA, oprócz kwestii związanych z osobami nieubezpieczonymi (uninsured), poruszane są także problemy[635] nadubezpieczenia (overinsured) i niedoubezpieczenia (underinsured) u osób ubezpieczonych (insured), które w pewien sposób wiążą się z samym zjawiskiem nieubezpieczenia.

W celu dokonania bardziej klarownej analizy odpowiednio ukazującej istotę problemu znacznej liczby nieubezpieczonych Amerykanów zostanie ona podzielona na kilka części.

Źródła pozyskiwania danych na temat nieubezpieczonych

Jak zostało już wspomniane, przytoczone dane pochodzą z corocznej ankiety przeprowadzanej przez Biuro Spisu Powszechnego – Current Population Survey (CPS). W ankiecie znajduje się część (dodatek) poświęcona kwestiom społecznym i ekonomicznym – The Annual Social and Economic Supplement (ASEC) w której zawarte są pytania dotyczące posiadania i zakresu ubezpieczenia zdrowotnego (prywatnego lub

[635] Mniej lub bardziej zasadnie przedstawiane.

publicznego) w poprzednim roku kalendarzowym. CPS ASEC nie jest jedynym badaniem tego typu, ale jego wyniki są powszechnie przytaczane. Szczególnie istotne jest to, że wg założeń ankiety, badani zostali uznani za ubezpieczonych, jeśli byli objęci jakimkolwiek ubezpieczeniem przez cały rok lub przez jego część. Z kolei, status nieubezpieczonych został im przypisany w sytuacji, gdy nie posiadali oni żadnego ubezpieczenia w dowolnym momencie poprzedniego roku. [636] Takie założenia, jeszcze przed rozpoczęciem badania, wpływają na zawyżenie liczby nieubezpieczonych i do pewnego stopnia, czynią je nieprecyzyjnym. Za nieubezpieczoną osobę może zostać uznana jednostka, która np. od kilku tygodni jest trakcie zmiany czy poszukiwania lepiej płatnej pracy. Twórcy raportu są świadomi tych problemów i jak sami wskazują:

W porównaniu z innymi badaniami krajowymi, oszacowanie przez CPS ASEC liczby osób bez ubezpieczenia zdrowotnego bardziej odnosi się do liczby osób, które nie były ubezpieczone w określonym momencie w ciągu roku, niż liczby osób nieubezpieczonych przez cały rok.[637]

Między innymi ten czynnik powoduje, że szacunki te są zawyżone w porównaniu do innych badań. Przykładowo, w ankiecie przeprowadzonej przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej (U.S. Department of Health & Human Services – HHS) w 2007 r. liczbę nieubezpieczonych (przez cały rok) oszacowano na 39,9 mln osób a nie 45,7 jak podawało w swoim badaniu Biuro Spisu Powszechnego. Z kolei, liczba nieubezpieczonych w pierwszej połowie 2007 r. wyniosła 53,5 mln, a w pewnym momencie roku aż 70,7 mln. [638] Pokazuje to, że szacunki odnośnie liczby nieubezpieczonych mogą się znacznie wahać, w zależności od przyjętej definicji.

Ponadto, Biuro Spisu Powszechnego wskazuje na jeszcze inne problemy podczas badania mogące wpływać na zawyżanie liczby nieubezpieczonych. Jednym z nich jest retrospektywny charakter ankiety, która przeprowadzana jest pomiędzy lutym a kwietniem danego roku, ale dotyczy posiadania (lub nie) ubezpieczenia w roku poprzedzającym badanie. Ankietowani mogli mieć więc problemy z właściwą

---

[636] C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor, J. C. Smith, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2006*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2007, s. 18.

[637] Ibidem, s. 18.

[638] M. C. Chu, J. A. Rhoades, *The Uninsured in America, 1996-2008: Estimates for the U.S. Civilian Noninstitutionalized Population under Age 65*, 25.08.2009, https://www.meps.ahrq.gov/data_files/publications/st259/stat259.pdf (dostęp: 19.06.2020).

odpowiedzią na to pytanie, zwłaszcza jeśli w poprzednim roku raz byli ubezpieczeni a raz nie. Mogli oni także podać swój status co do ubezpieczenia w momencie przeprowadzania badania. Istotny jest także fakt, że samo badanie bardziej koncentruje się na pozyskiwaniu informacji o dochodach niż posiadaniu ubezpieczenia i przeprowadzane jest w momencie rozliczeń podatkowych – stąd ankietowani mają lepszą wiedzę na temat ich dochodów niż ubezpieczenia. Również ze względu na profil badania, ankieterzy otrzymują mniej szkoleń z części *ubezpieczeniowej* co także wpływa na jego dokładność.[639]

W obliczu powyższych problemów jak i głosów krytycznych zdecydowano się na wprowadzenie szeregu zmian mających na celu pozyskiwanie bardziej precyzyjnych informacji donośnie statusu ubezpieczeniowego ankietowanych. W ankiecie przeprowadzonej w 2014 r., ale zawierającej informacje z 2013 r. zostały zawarte zupełnie nowe pytania znacząco różniące się od tych z poprzednich lat. Dlatego, przy porównywaniu danych z 2013 r. i lat wcześniejszych należy mieć na uwadze istotne zmiany jakie zaszły w samym kwestionariuszu. Jedną z nich było wprowadzenie nowej definicji nieubezpieczonego, za którą uznano osobę nie posiadającą jakiegokolwiek ubezpieczenia już nie w dowolnym momencie roku, ale przez cały (poprzedni) rok.[640]

Wg raportu opublikowanego w 2014 r., liczba nieubezpieczonych w 2013 r. (w oparciu o zmienione pytania i nową definicję osoby nieubezpieczonej) wyniosła 42 mln osób, co odpowiadało około 13,4% całej ludności USA[641] – należy jednak podkreślić, że w przypadku tego wskaźnika już od 2010 r. występował stopniowy trend spadkowy. Dla porównania, to samo badanie opublikowane w 2013 r. (dane z 2012 r.), a więc bazujące jeszcze na starym kwestionariuszu oraz szerszej definicji nieubezpieczonego, oszacowało liczbę nieubezpieczonych na prawie 48 mln osób, czyli 15,4% ludności USA.[642] Pomiędzy 2013 a 2012 nastąpiło więc zmniejszenie liczby nieubezpieczonych o około 6 mln osób. Jednak, różnicy tej nie należy postrzegać jedynie

[639] C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor, J. C. Smith, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2006*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2007, s. 18, 57.

[640] J. C. Smith, C. Medalia, *Health Insurance Coverage in the United States: 2013*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2014, s. 1.

[641] Ibidem, s. 2.

[642] C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor, J. C. Smith, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2012*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2013, s. 23.

przez pryzmat zmiany definicji i pytań zawartych w ankiecie.[643]

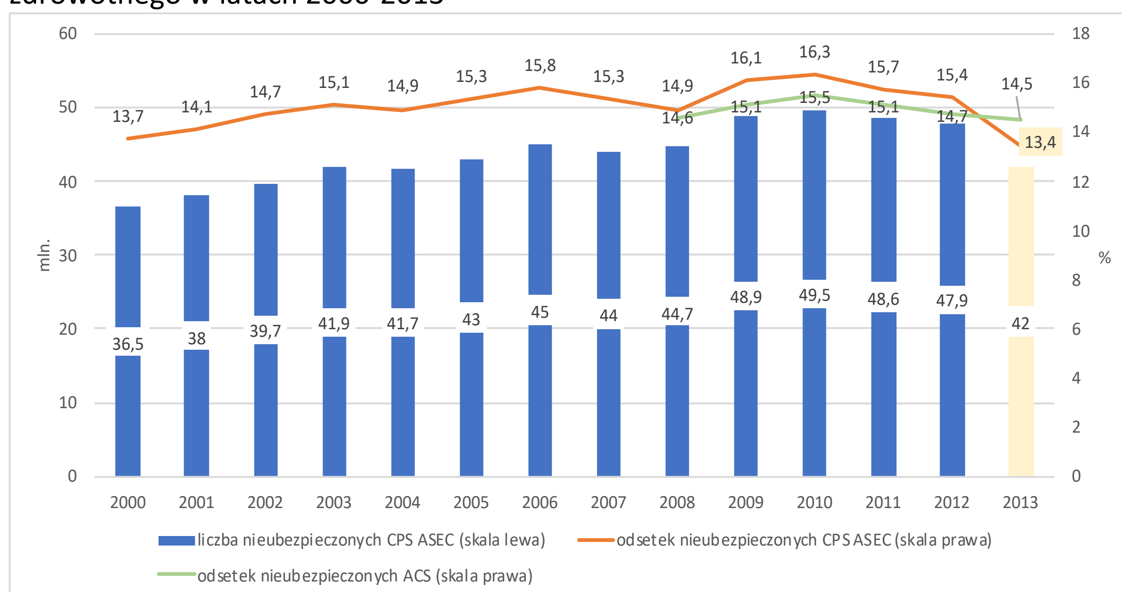
Warto podkreślić, że Biuro Spisu Powszechnego w swoich raportach opracowuje również dane odnośnie nieubezpieczonych na podstawie innego badania – American Community Survey (ACS). ACS w odróżnieniu od CPS ASEC gromadzi dane przez cały rok na większej liczbie respondentów – ponad 2 mln w porównaniu do około 60 tys. w przypadku CPS ASEC. Jednak ACS przyjmuje definicję nieubezpieczonego jako osoby bez ubezpieczenia w dowolnym momencie roku – tak jak CPS ASEC w 2012 r. i w latach wcześniejszych.[644] Badanie ACS zachowuje więc ciągłość definicyjną i jakościową. W tym wypadku interesujący może być fakt, że udział nieubezpieczonych w populacji USA wg ACS spadł z 14,7% w 2012 r. do 14,5% w 2013 r., czyli o 0,2 p.p. Tymczasem w przypadku CPS ASEC, różnica ta wyniosła już 2 p.p. Spadek ten jest więc większy co sugeruje, że przyczyniła się do niego bardziej zmiana definicji osób pozostających bez ubezpieczenia niż pozostałe czynniki. Dane na temat liczby i odsetka osób nieubezpieczonych zostały przedstawione na rysunku 44.

---

[643] Chociaż jest ona zbliżona do różnicy wynoszącej 5,8 mln pomiędzy liczbą osób nieubezpieczonych podaną przez Biuro Spisu Powszechnego (CPS ASEC) z 2007 r. (45,7 mln) a liczbą nieubezpieczonych z tego samego roku opublikowaną przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej (39,9 mln).

[644] U.S. Census Bureau, *Health Insurance Coverage Measurement in the Annual Social and Economic Supplement to the Current Population Survey (CPS ASEC) and the American Community Survey (ACS)*, 10.09.2019, https://www.census.gov/programs-surveys/cps/technical-documentation/user-notes/health-insurance-user-notes/health-ins-cov-meas-asec-acs.html (dostęp: 19.06.2020); SHADAC/U.S. Census Bureau, *2016 health insurance coverage estimates*, 19.09.2017, https://www.shadac.org/sites/default/files/publications/SHADAC%20ACS-CPS-Webinar_2017_FINALforWeb_optimized.pdf (dostęp: 19.06.2020).

Rysunek 44. Odsetek oraz liczba ludności USA pozostający bez ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2000-2013



Źródło: opracowanie własne na podstawie: C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor, J. C. Smith, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2012*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2013, s. 67; J. C. Smith, C. Medalia, *Health Insurance Coverage in the United States: 2013*, U.S. Census Bureau, Waszyngton, s. 3-4.

Uwagi: Od 2013 r. CPS ASEC zawiera nowy zestaw pytań odnośnie statusu ubezpieczenia, dlatego dane pomiędzy 2013 r. a poprzednimi latami należy porównywać z ostrożnością (dane za 2013 r. są wyróżnione innym kolorem).

Dobrowolność przystępowania do ubezpieczenia

Za jeden z powodów nie-posiadania ubezpieczenia zdrowotnego w USA należy, *de facto*, uznać brak przymusu bycia ubezpieczonym. Pomijając kwestię czy taki obowiązek rzeczywiście rozwiązałby problemy z dostępem do świadczeń medycznych, dla niektórych osób nieposiadanie ubezpieczenia jest bardziej korzystne niż jego zakup. Powodów tego stanu rzeczy jest co najmniej kilka i na następnych stronach zostaną one przedstawione dokładniej. Należy także podkreślić, że o ile ten brak przymusu w oczach np. Europejczyków może być uznawany za coś niezwykłego, tak w historii USA od zawsze był to stały element życia gospodarczego. Naturalnie, określone uwarunkowania instytucjonalne np. te w postaci preferencji podatkowych zachęcały (i dalej zachęcają) do nabycia ubezpieczenia, ale nawet takie bodźce nie były w stanie skutecznie doprowadzić do objęcia ochroną ubezpieczeniową całej populacji USA.

Ponadto, przypadek USA zwraca także uwagę, że brak ubezpieczenia nie musi być wcale jednoznacznie oceniany w kategoriach pejoratywnych. W tym przypadku

nieubezpieczenie, ze względu na jego dobrowolność, ma także charakter katalaktyczny. *Nieubezpieczenie katalaktyczne* należy uznać za prostą analogię do tzw. *bezrobocia katalaktycznego* określanego przez Ludwiga Von Misesa jako celowe wstrzymywanie się z podjęciem jakiejkolwiek pracy na nieskrępowanym rynku.[645] Dla bezrobotnego sytuacja ta jest korzystniejsza, gdyż może on wstrzymać się z decyzją o jak najszybszym podjęciu jakiejkolwiek pracy w celu np. poszukiwania odpowiednio dobrze płatnej pracy czy pracy dającej mu odpowiednią satysfakcję itd. Podobnie jest w przypadku nieprzystąpienia do ubezpieczenia. Jednocześnie, brak ubezpieczenia, tak jak brak pracy, może także mieć charakter *instytucjonalny* tzn. może wynikać z rządowych interwencji na rynku ubezpieczeń – wówczas decyzja o nieposiadaniu ubezpieczenia nie przynosi ubezpieczonemu korzyści jak w pierwszym przypadku i jest podejmowania niechętnie.

Wysokość dochodów

Istotnym czynnikiem wpływającym na decyzję odnośnie zakupu ubezpieczenia są osiągane dochody. Sytuacja w USA jest jednak o to tyle ciekawa i złożona, że osoby osiągające relatywnie wyższe dochody wcale nie są aż tak skłonne do nabycia ubezpieczenia. W tym przypadku wzrost dochodów niekoniecznie przekłada się na rosnący odsetek ubezpieczonych. Jak wskazują John C. Goodman i in.:

Wzrost liczby osób niemających ubezpieczeń wystąpił w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, w okresie, kiedy wzrastał dochód na głowę i zamożność społeczeństwa, jakkolwiek nie byłyby one mierzone. Chociaż o osobach nieubezpieczonych zwykło się myśleć jako o posiadających niskie dochody, to wiele rodzin niemających ubezpieczenia należy do solidnej klasy średniej, zaś największy wzrost liczby takich osób wystąpił, w ostatnich latach, w rodzinach o wyższych dochodach: (…)

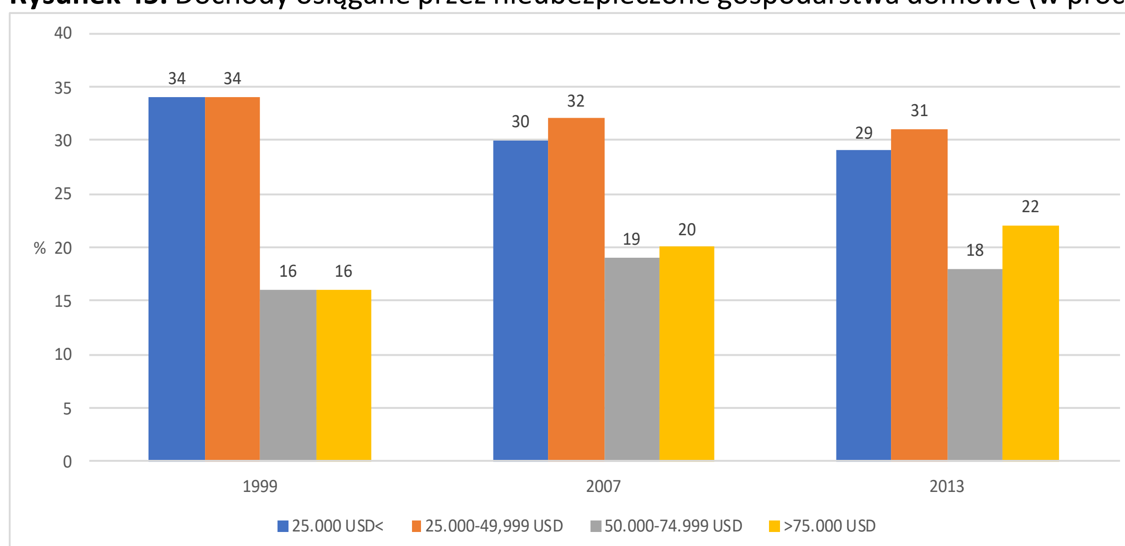
- *Między 1993 a 1999 rokiem liczba nieubezpieczonych wzrosła o 57 procent w gospodarstwach mających dochody pomiędzy 50 tysięcy a 75 tysięcy dolarów oraz o 114 procent w tych, które miały wpływy wynoszące 75 tysięcy dolarów i więcej.*
- *W przeciwieństwie do tego, w gospodarstwach o dochodach niższych niż 50 tysięcy dolarów liczba nieubezpieczonych zmniejszyła się w przybliżeniu o 2 procent.*
- (…) *Fakt, że liczba nieubezpieczonych rosła wtedy, kiedy zwiększały się dochody, oraz że największy wzrost liczby nieubezpieczonych miał miejsce wśród rodzin o wysokich dochodach –*

[645] L. von Mises, *Ludzkie działanie. Traktat o ekonomii*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 507-508.

sugeruje, iż coś innego czyni ubezpieczenie mniej atrakcyjnym.[646]

Co więcej, trend ten był kontynuowany także w następnych latach. Przykładowo, udział nieubezpieczonych gospodarstw domowych zarabiających rocznie mniej niż 25 tys. USD spadł z 34% w 1999 r. do 29% w 2013 r., a tych zarabiających powyżej 75 tys. USD wzrósł z 16% w 1999 r. do 22% w 2013 r. (rysunek 45). Z kolei, udział nieubezpieczonych gospodarstw domowych w ogólnej liczbie ludności osiągającej dochody ze wskazanych przedziałów malał wraz z wzrostem zarobków. Jednak nawet w tym przypadku, tylko wśród jednostek zarabiających powyżej 75 tys. USD rocznie (w 2013 r.) było ponad 7% nieubezpieczonych, co odpowiada ponad 9 mln osób i to już po zmianie definicji osoby nieubezpieczonej (rysunek 46).

Rysunek 45. Dochody osiągane przez nieubezpieczone gospodarstwa domowe (w proc.)

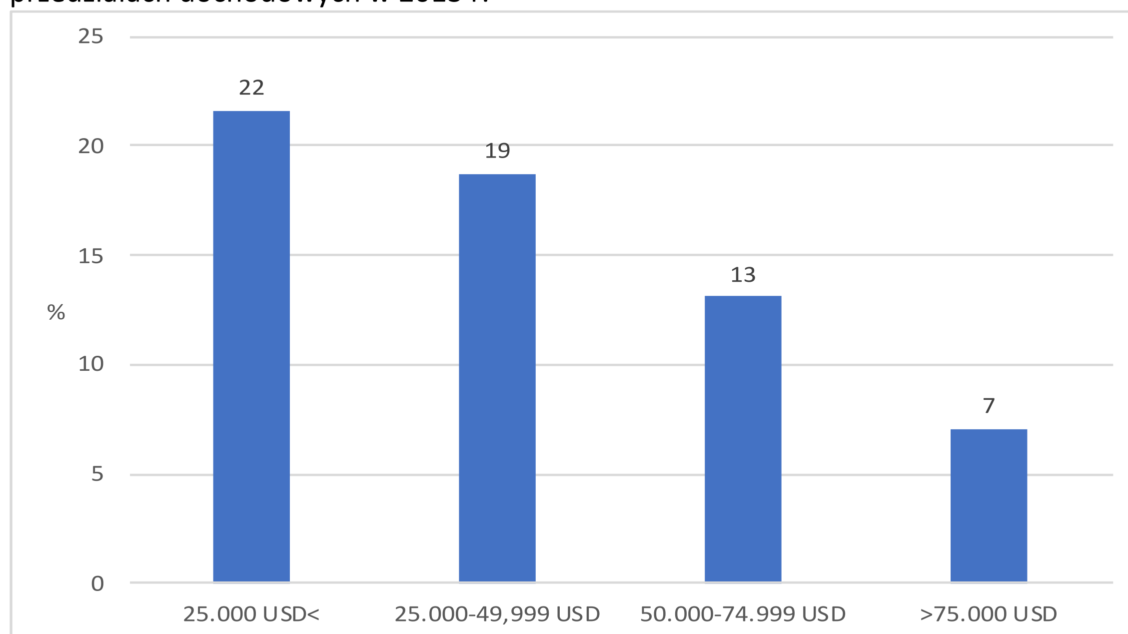


Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. C. Goodman, G. L. Musgrave, D. M. Herrick, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, Fijorr Publishing Company, Warszawa 2008, s. 316; C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor, J. C. Smith, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2008, s. 22; J. C. Smith, C. Medalia, *Health Insurance Coverage in the United States: 2013*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2014, s. 9.

Uwagi: Nieubezpieczeni to osoby nie posiadające ubezpieczenia zdrowotnego przez cały rok kalendarzowy.

[646] J. C. Goodman, G. L. Musgrave, D. M. Herrick, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej,* Fijorr Publishing Company, Warszawa 2008, s. 315-318.

Rysunek 46. Udział nieubezpieczonych gospodarstw domowych w poszczególnych przedziałach dochodowych w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. C. Smith, C. Medalia, *Health Insurance Coverage in the United States: 2013*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2014, s. 9.

Uwagi: Nieubezpieczeni to osoby nie posiadające ubezpieczenia zdrowotnego przez cały rok kalendarzowy.

Powyższe dane wskazują, że gospodarstwa domowe osiągające najniższe dochody tzn. poniżej 25 tys. USD rocznie w 2013 r. stanowiły około 29% wszystkich nieubezpieczonych, czyli 12 mln osób. I chociaż wciąż jest to liczba znacząca, to nie stanowi ona większości. Z kolei, liczba osób osiągających dochody w wysokości minimum 50 tys. USD rocznie (solidna klasa średnia), w tym samym roku, stanowiła już 40% wszystkich nieubezpieczonych, co odpowiadało ponad 17 mln osób. Są to więc liczby większe od tych z najniższego przedziału dochodowego.

Sally Pipes, z Pacific Research Institute (PRI), przyczyn braku ubezpieczenia wśród osób o wyższych dochodach upatruje w ich wieku oraz stylu życia. Wiele z tych osób będąc w relatywnie młodym wieku nie ma potrzeby wydawania swoich dochodów na ubezpieczenie, gdyż występuje w nich niewielkie prawdopodobieństwo skorzystania z usług medycznych. Z tego powodu, określa się je w USA mianem *niezwyciężonych* (invincibles). Osoby takie nie będąc objętymi ubezpieczeniem przez pracodawcę, mimo relatywnie wyższych dochodów, bardziej preferują inne wydatki, zaś w przypadku chęci

skorzystania z usług medycznych opłacają je z własnej kieszeni.[647] Można zatem stwierdzić, że jest to grupa będąca najbliżej definicji nieubezpieczonych w ujęciu katalaktycznym.

Jednak, nawet w przypadku uznania takiego nastawienia za przejaw pewnej lekkomyślności, osoby te nie mają aż takich problemów z dostępem do usług medycznych jak zarabiający nie więcej niż 25 tys. czy 50 tys. USD rocznie. W 2013 r. realna mediana dochodów wśród wszystkich gospodarstw domowych wyniosła niecałe 52 tys. USD, a więc ponad dwukrotnie więcej od górnej granicy najniższego przedziału dochodowego. Także mediana dla jednoosobowych gospodarstw domowych była relatywnie niższa – 31 tys. USD.[648]

Na tej podstawie, w pewnym uproszczeniu, można przyjąć, że najbardziej zagrożone brakiem ubezpieczenia są te osoby osiągające dochody do 25 tys. USD rocznie. W 2013 r. łączna liczba osób bez ubezpieczenia z najniższego przedziału dochodowego wynosiła 12 mln, czyli około 2,9% całej ludności USA. Natomiast, uwzględniając także gospodarstwa domowe z drugiego przedziału dochodowego, a więc zarabiające do około 50 tys. USD rocznie (co odpowiada dwóm najniższym przedziałom dochodowym wg klasyfikacji U.S. Census Bureau) liczba potencjalnie zagrożonych nieubezpieczonych rośnie do 25,1 mln osób, czyli 60% ze wszystkich nieubezpieczonych oraz 8% z całej populacji USA. Jednak, 2,9% czy nawet 8% jest wielkością znacznie niższą od 13,4% nieubezpieczonych uwzględniającą całą populację USA i wszystkie przedziały dochodowe.

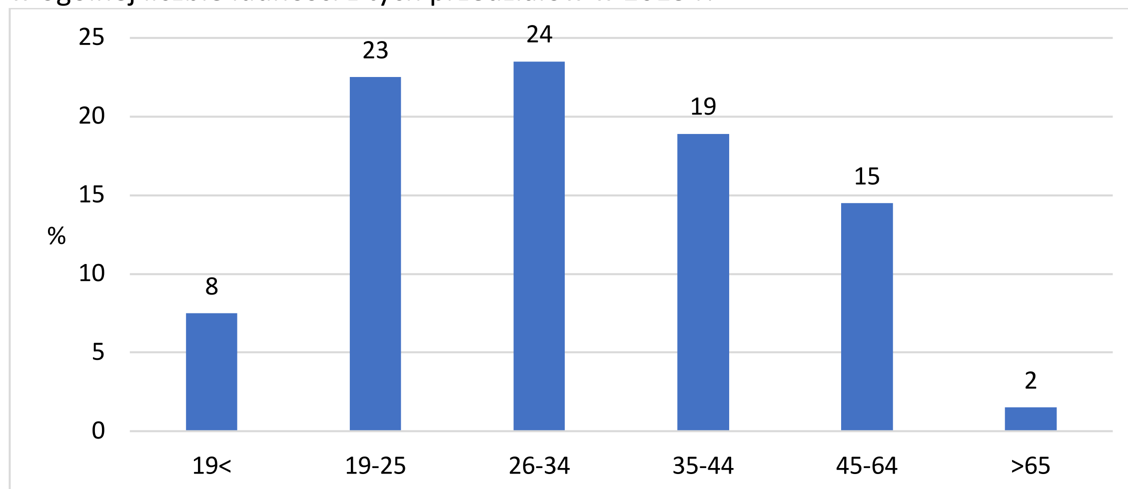
Wiek

Problematykę nieubezpieczonych rozszerza także dokładniejsza analiza ich wieku. W USA odsetek osób nieubezpieczonych (w poszczególnych przedziałach wiekowych) spada wraz ze zbliżaniem się do wieku emerytalnego (rysunek 47). Przykładowo, łączna liczba nieubezpieczonych będących w wieku 19-34 lat wynosi

[647] S. C. Pipes, *The Top Ten Myths of American Health Care: A Citizen's Guide*, Pacific Research Institute, USA 2008, s. 19.
[648] C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor, *Income and Poverty in the United States: 2013*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2014, s. 6.

15,7 mln osób (37% ze wszystkich nieubezpieczonych) w porównaniu do 11,9 mln nieubezpieczonych w wieku 45-64 lat (29% ze wszystkich nieubezpieczonych). Do tego należy także dodać prawie 6 mln nieubezpieczonych poniżej 19 roku życia (rysunek 48).

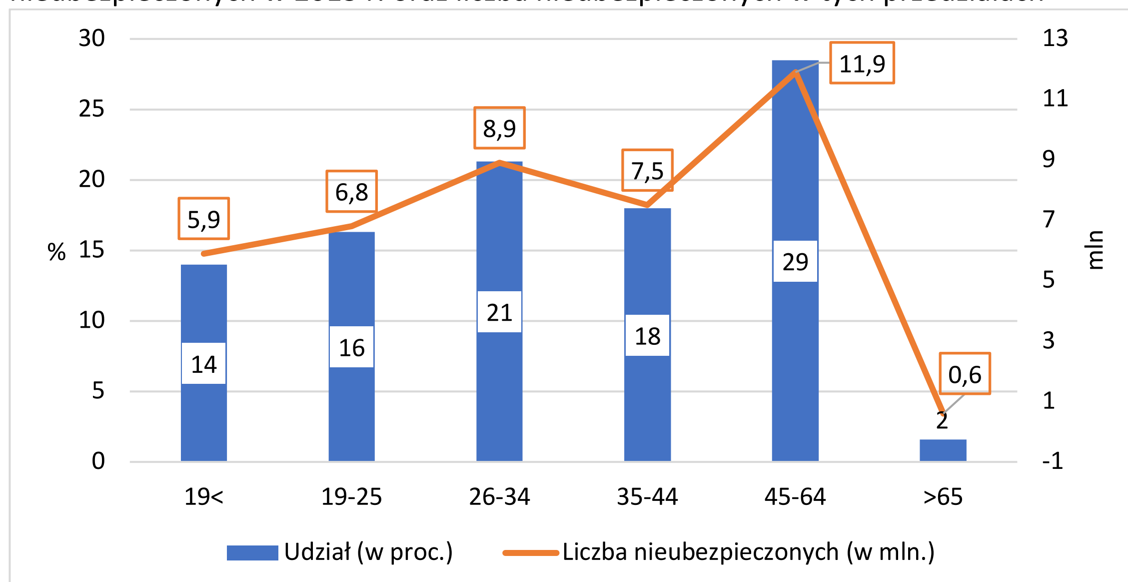
Rysunek 47. Udział nieubezpieczonych z poszczególnych przedziałów wiekowych w ogólnej liczbie ludności z tych przedziałów w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. C. Smith, C. Medalia, *Health Insurance Coverage in the United States: 2013*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2014, s. 7.

Uwagi: Nieubezpieczeni to osoby nie posiadające ubezpieczenia zdrowotnego przez cały rok kalendarzowy.

Rysunek 48. Udział poszczególnych przedziałów wiekowych w ogólnej liczbie nieubezpieczonych w 2013 r. oraz liczba nieubezpieczonych w tych przedziałach



Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. C. Smith, C. Medalia, *Health Insurance Coverage in the United States: 2013*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2014, s. 7.

Uwagi: Nieubezpieczeni to osoby nie posiadające ubezpieczenia zdrowotnego przez cały rok kalendarzowy.

Większy odsetek oraz liczbę nieubezpieczonych z dolnych przedziałów wiekowych można po części wytłumaczyć stylem życia czy dobrym zdrowiem jakim cieszą się osoby relatywnie młodsze. W tym wypadku można jednak stwierdzić, że zarówno kryterium dochodowe jak i wieku, wskazuje na dodatkowe przyczyny bycia nieubezpieczonym.

W podrozdziale 3.5. dotyczącym prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych został omówiony szereg czynników sztucznie zawyżających cenę ubezpieczenia. W tym kontekście, szczególnie istotne są regulacje stanowe rozszerzające zakres ubezpieczenia o wiele rutynowych procedur czy obowiązek nakazujący ubezpieczycielom przyjmowanie do ubezpieczenia wszystkich chętnych pracowników bez względu na ich stan zdrowia. W wydatny sposób przyczynia się to do wzrostu składek, które najbardziej odczuwają właśnie osoby młode o relatywnie niskich dochodach. W USA osoba młoda oraz reprezentująca niskie ryzyko zdrowotne nie może nabyć ubezpieczenia zdrowotnego w wąskim zakresie uwzględniającego np. tylko następstwa nieszczęśliwych wypadków i rzadkich poważnych zachorowań za relatywnie niską składkę i przy wysokim udziale własnym. Nie może się ona zatem ubezpieczyć od tzw. zdarzeń katastroficznych. Zamiast tego ma *do wyboru* rozbudowane pakiety ubezpieczeniowe finansujące wiele usług medycznych, w tym tych rutynowych, które powinny być finansowane przez nią (i przede wszystkim przez innych ubezpieczonych) bezpośrednio.

Takie ubezpieczenie jest o wiele bardziej atrakcyjne dla osób starszych o gorszym stanie zdrowia. Brak alternatywy powoduje także, że osoby młodsze w przypadku zakupu takiego ubezpieczenia, de facto, subsydiują starszych ubezpieczonych. Nie powinno więc dziwić, że część z nich nie jest skłonna do zakupu takiego produktu. Przykładowo, wg szacunków Commonwealth Fund składka za standardowe ubezpieczenie zdrowotne dla 25-letniego mężczyzny w stanie New Jersey wyniosłaby 5.580 USD. Z kolei, ubezpieczenie w stanie Kentucky, który ma zdecydowanie mniej regulacji odnośnie obowiązkowych usług medycznych, kosztowałoby tę samą osobę już 960 USD rocznie.[649]

Można to porównać do ubezpieczenia samochodu (autocasco). Jeśli takie ubezpieczenie w swoim zakresie uwzględnia awarie, wypadki drogowe czy kradzieże

[649] S. C. Pipes, *The Top Ten Myths of American Health Care: A Citizen's Guide*, Pacific Research Institute, USA 2008, s. 70.

składka będzie relatywnie niska. Jeśli natomiast do tego zakresu zostanie dodany rutynowy przegląd, wymiana oleju czy gwarancja naprawy uszkodzeń pojazdu mających miejsce przed okresem ochrony ubezpieczeniowej (a więc zdarzenia pewne) – wówczas składka będzie zdecydowanie wyższa.

Należy zatem podkreślić, że w tym przypadku brak ubezpieczenia ma charakter instytucjonalny (a nie katalaktyczny – rynkowy), tzn. wynika z wielu regulacji obejmujących rynek ubezpieczeń zdrowotnych. Ujmując rzecz inaczej można stwierdzić, że brak posiadania ubezpieczenia wśród osób młodych o relatywnie niskich dochodach, po części, wynika z nadubezpieczenia tzn. ze sztucznie i stale rozszerzanego zakresu ochrony ubezpieczeniowej przekraczającej potrzeby tych osób.

Z kolei samo zjawisko nadubezpieczenia jest efektem regulacji stanowych oraz federalnych czy preferencji podatkowych, które również zachęcają do poszerzania zakresu ubezpieczenia w celu uzyskania większych ulg podatkowych przez pracowników. Takie uwarunkowania sprawiają, że koszty ubezpieczeń rosną. Ubezpieczyciele w celu utrzymania stabilności swoich programów stopniowo, ale konsekwentnie, coraz większą część kosztów przerzucają na ubezpieczonych. Rosnące wydatki bezpośrednie przy ubezpieczeniach (np. udział własny) są najbardziej odczuwalne przez gospodarstwa domowe o najniższych dochodach. Nie przyczyniają się także do obniżenia składki ubezpieczeniowej, jak miałoby to miejsce na nieskrepowanym rynku, ale do utrzymania jej poziomu lub spowolnienia dynamiki wzrostu – co czyni je jeszcze mniej atrakcyjne dla tej części nieubezpieczonych chętnej nabyć ubezpieczenie po niższej cenie.

Interesujący jest także fakt, że niektóre instytucje proces ten interpretują jako rozwijanie się zjawiska tzw. niedoubezpieczenia. Przykładowo, The Commonwealth Fund definiuje to zjawisko jako sytuację, w której:

Osoby niedoubezpieczone mają wysoki udział własny oraz wysokie wydatki z własnej kieszeni w stosunku do ich dochodów. Dla rodzin o niższych dochodach oznacza to wydatki na opiekę zdrowotną wynoszące 5% lub więcej ich rocznych dochodów, podczas gdy dla rodzin o wyższych dochodach 10% lub więcej ich dochodów.[650]

[650] The Commonwealth Fund, *Underinsured Rate Increased Sharply In 2016; More Than Two Of Five Marketplace Enrollees And A Quarter Of People With Employer Health Insurance Plans Are Now Underinsured*, 17.10.2016, https://www.commonwealthfund.org/press-release/2017/underinsured-rate-increased-sharply-2016-more-two-five-marketplace-enrollees-and (dostęp: 23.06.2020).

Zdaniem instytucji do rozwoju tego zjawiska przyczynia się zwiększająca się liczba ubezpieczonych objęta udziałem własnym jak i sama jego rosnąca wysokość. Wg przytaczanych danych, w 2003 r. 40% ubezpieczonych prywatnie (przez pracodawcę lub indywidualne) nie posiadało udziałów własnych w swoich planach zdrowotnych, podczas gdy w 2016 r. odsetek takich osób spadł już do 22%. Ponadto, w 2003 r. tylko 1% ubezpieczonych prywatnie było objętych udziałem własnym w wysokości 3.000 USD lub wyższym. Z kolei w 2016 r. udział takich osób wzrósł do 13%. The Commonwealth Fund wskazuje także, że rosnący poziom udziału własnego sprawia ubezpieczonym coraz więcej trudności w opłacaniu rachunków medycznych.[651]

Takie działania ubezpieczycieli nie są jednak niczym nadzwyczajnym. Są one długofalowym skutkiem stale rozszerzających się regulacji wydatnie utrudniających sprawne działanie rynku ubezpieczeniowego. Rozrost regulacji prowadzi do nadubezpieczenia. Nadubezpieczenie skutkuje rosnącymi składkami. W dalszej kolejności następuje ubytek części młodych i zdrowych ubezpieczonych, mniejsza liczba pracodawców (głównie mniejszych firm) oferująca swoim pracownikom ubezpieczenie zdrowotne itd. – prowadzi to do zwiększania się puli nieubezpieczonych. W takich warunkach ubezpieczyciele i pracodawcy zaczynają przerzucać coraz wyższe koszty na pracowników, co skutkuje między innymi rosnącą wysokością składek oraz udziału własnego. Takie działania zapewniają jednak pewną stabilizację dla pozostałych ubezpieczonych – bez nich ich składki rosłyby jeszcze szybciej.

Pewnym paradoksem jest zatem to, że w sytuacji bardzo szerokiego zakresu ubezpieczeń zdrowotnych w USA, The Commonwealth Fund narzeka na niedoubezpieczenie. O niedoubezpieczeniu można by raczej mówić wówczas, kiedy ubezpieczony stwierdza, że ubezpieczył się od zbyt małej ilości ryzyk, np. tylko od następstw nieszczęśliwych wypadków nie dołączając do zakresu ubezpieczenia wybranych poważnych zachorowań. Tymczasem wg The Commonwealth Fund, każda sytuacja, w której gospodarstwa domowe wydają na usługi medyczne więcej niż 5 lub 10% swoich rocznych dochodów jest niepożądana. Jednak, USA swoje problemy w opiece zdrowotnej zawdzięczają właśnie uporczywym wysiłkom konsekwentnie marginalizującym rolę płatności bezpośrednich.

[651] Ibidem.

Obywatelstwo

Prezydent Obama w swojej wypowiedzi zwrócił uwagę na znaczną liczbę nieubezpieczonych Amerykanów – prawie 46 mln osób w 2007 r. Jak się jednak okazuje kwestia braku ubezpieczenia dotyczy także imigrantów, a więc osób nie będących obywatelami USA. Problem polega na tym, że przytaczając dane dotyczące liczby nieubezpieczonych z poszczególnych źródeł jak np. z raportu opublikowanego przez Biuro Spisu Powszechnego, politycy dokonują ich błędnej interpretacji i zwyczajnie zawyżają liczbę nieubezpieczonych Amerykanów. Wg danych Biura Spisu Powszechnego liczba nieubezpieczonych nie będących Amerykanami (w 2007 r.) wyniosła 9,7 mln osób, co odpowiada 3,2% całej populacji USA oraz 21,3% ze wszystkich nieubezpieczonych.[652] Oznacza to, że mniej więcej co piąty nieubezpieczony mieszkaniec USA nie jest Amerykaninem. Zatem, liczba nieubezpieczonych Amerykanów spada wówczas do 35,9 mln co odpowiada 12% całej populacji USA. Niemniej, należy przy tym podkreślić, że również imigranci potrzebują dostępu do świadczeń medycznych i problem braku ubezpieczenia dotyczy ich w takim samym stopniu co nieubezpieczonych Amerykanów.

Co więcej, sama grupa imigrantów, w tym także tych nieubezpieczonych, nie jest homogeniczna. Składa się ona z imigrantów udokumentowanych, tzn. przebywających w USA legalnie oraz z imigrantów nieudokumentowanych.

Ta pierwsza podgrupa, to tzw. legalni stali rezydenci (Lawful Permanent Residents – LPR) lub inaczej posiadacze *zielonej karty*. Osoby takie są legalnie upoważnione do stałego pobytu w USA.[653] W przypadku osiągania niskich dochodów, mogą oni zapisać się do programów Medicaid oraz CHIP[654], przy czym, obowiązują ich pewne rygory kwalifikacyjne. Wg przepisów legalni imigranci muszą uzyskać status *wykwalifikowanej* imigracji, aby zostać objętym wspomnianymi rządowymi programami. Zdecydowana większość z nich musi dodatkowo odczekać 5 lat, aby móc się zapisać. Część stanów stosuje jednak bardziej liberalne przepisy w tym względzie,

---

[652] C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor, J. C. Smith, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2008, s. 22.

[653] U.S. Department of Homeland Security, *Lawful Permanent Residents (LPR)*, brak daty, https://www.dhs.gov/immigration-statistics/lawful-permanent-residents (dostęp: 24.06.2020).

[654] Dodatkowo, po wejściu w życie ObamaCare mają oni możliwość do wykupu ubezpieczenia za pomocą tzw. *giełd ubezpieczeniowych* oraz prawo do subsydiowania ich składek w tych ubezpieczeniach.

np. w 24 stanach wymóg 5-letniego okresu oczekiwania został zniesiony w stosunku do dzieci i kobiet w ciąży. Z kolei, druga podgrupa (nieudokumentowani imigranci) nie ma możliwości uczestnictwa w Medicaid lub CHIP.[655]

Wg badań przeprowadzonych przez Jeffreya S. Passela i D'Verę Cohna, w 2007 r. liczba nieudokumentowanych w USA imigrantów wyniosła 12,4 mln osób (w 2000 r. było to 8,4 mln osób). Ich badania zostały oparte o raport Biura Spisu Powszechnego, który wg autorów może zaniżać ich liczbę ze względu na brak pytań odnośnie statusu imigracyjnego.[656] Z kolei, dane publikowane przez Departament Bezpieczeństwa Krajowego (U.S. Department of Homeland Security) mówią o 12,8 mln udokumentowanych (legalnych) imigrantów.[657] Na tej podstawie, z pewnym uproszczeniem można stwierdzić, że udział tych dwóch podgrup w ogólnej liczbie osób niebędących Amerykanami wynosi 50/50.

Natomiast, wyraźne dysproporcje pojawiają się już w kontekście statusu ich ubezpieczenia. Wg Pew Research Center 59% dorosłych nieudokumentowanych imigrantów nie była ubezpieczona przez cały 2007 r., co było odsetkiem ponad dwukrotnie wyższym niż w przypadku legalnych imigrantów. Wśród ich dzieci mających taki sam status odsetek ten wynosił 45%, a u dzieci urodzonych już w USA 25%.[658] Wynika to z faktu, że dzieci imigrantów urodzone na terenie USA (wg prawa) otrzymują obywatelstwo tego kraju. Mogą więc być zakwalifikowane np. do programu CHIP. Prowadzi to do sytuacji, w której część członków rodziny pozostaje bez ubezpieczenia, a część jest ubezpieczona. W przypadku osób dorosłych jest to kłopotliwe z uwagi na relatywnie niskie osiągane dochody. Mediana dochodów gospodarstw domowych wśród nieudokumentowanych imigrantów w 2007 r. wyniosła około 37 tys. USD i była znacznie poniżej poziomu mediany dla całego kraju – 50 tys. USD. Jest to istotne także z

---

[655] Kaiser Family Foundation, *President Trump's Proclamation Suspending Entry for Immigrants without Health Coverage*, 10.10.2019, https://www.kff.org/disparities-policy/fact-sheet/president-trumps-proclamation-suspending-entry-for-immigrants-without-health-coverage/ (dostęp: 24.06.2020).

[656] J. S. Passel, D'V. Cohn, *Trends in Unauthorized Immigration: Undocumented Inflow Now Trails Legal Inflow*, 02.10.2008, https://www.pewresearch.org/hispanic/2008/10/02/trends-in-unauthorized-immigration/ (dostęp: 24.06.2020).

[657] N. Rytnia/ U.S. Department of Homeland Security, *Estimates of the Legal Permanent Resident Population in 2007*, 24.02.2008, https://www.dhs.gov/sites/default/files/publications/LPR%20Population%20Estimates%202007_0.pdf (dostęp: 24.06.2020).

[658] Co ciekawe, zdecydowana większość dzieci (73%) nieudokumentowanych imigrantów to dzieci urodzone już na terytorium USA, a więc posiadające obywatelstwo tego kraju.

tego względu, że ich zarobki nie rosną aż tak znacząco w miarę upływu lat – tak jak ma to miejsce w przypadku legalnych imigrantów.[659]

Dane te potwierdzają także, że kryterium dochodów jest jednym z dokładniejszych wskaźników mierzących odsetek nieubezpieczonych, mogących być szczególnie narażonych w przypadku braku ubezpieczenia. Warto także podkreślić, że w kontekście istniejących przepisów imigracyjnych (odnośnie możliwości ubezpieczenia), liczba i odsetek osób nieubezpieczonych są zawyżone w tym sensie, że ujmują osoby, które z powodów prawnych i tak nie mogą zostać włączone np. do Medicaid czy CHIP.

Kwalifikowalność do Medicaid lub CHIP

Ostatnia kwestia, na którą należy zwrócić uwagę to możliwość objęcia osób o relatywnie niskich dochodach rządowymi programami ubezpieczeń, a zwłaszcza Medicaid i CHIP. W tym przypadku (ponownie) należy odnieść się do raportu Biura Spisu Powszechnego. Jak zostało to już podkreślone, z różnych względów, dane dotyczące liczby nieubezpieczonych były w nim zawyżane. Problem ten dotyczył również osób ubezpieczonych poprzez rządowe programy oraz osób się do nich kwalifikujących, gdyż badanie CPS ASEC zaniżało liczbę osób faktycznie objętych programami Medicare, Medicaid lub CHIP. Wynikało to między innymi z faktu, że część badanych nie zdawała sobie sprawy z tego, że była objęta takim ubezpieczeniem, jeśli np. ostatnio nie korzystała z usług medycznych. Problem ten w szczególności dotyczy Medicaid.[660]

Wg szacunków Keitha Hennessey'a, ekonomisty z Uniwersytetu Stanforda oraz byłego doradcy Prezydenta Georga W. Busha ds. polityki gospodarczej, około 6,4 mln osób będących faktycznie ubezpieczonych w programie Medicaid lub CHIP (w 2007 r.) zostało błędnie uznanych za nieubezpieczonych. Przyczyną tego stanu rzeczy mogły być zarówno błędne odpowiedzi jak i celowe działanie ankietowanych. Co więcej, dodatkowe 4,3 mln osób kwalifikowało się do ubezpieczenia w ramach Medicaid

[659] Pew Research Center, *A Portrait of Unauthorized Immigrants in the United States*, 14.04.2009, https://www.pewresearch.org/hispanic/2009/04/14/a-portrait-of-unauthorized-immigrants-in-the-united-states/ (dostęp: 24.06.2020).

[660] C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor, J. C. Smith, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2006*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2007, s. 57.

lub CHIP, ale nie podjęło w tym kierunku stosownych działań. Jednak, nawet one dalej mogą skorzystać z usług szpitalnych oddziałów ratunkowych kiedy zajdzie taka potrzeba.[661] Obowiązek ten został nałożony na szpitale wraz z wejściem w życie (w 1986 r.) federalnej Ustawy o Ratownictwie Medycznym i Pracy (The Emergency Medical Treatment and Labor Act – EMTALA), która wymaga, aby każda osoba stawiająca się na oddziale ratunkowym uzyskała dostęp do świadczeń medycznych i leczenia, bez względu na jej status ubezpieczenia lub zdolność do zapłaty.[662] Między innymi dlatego nieubezpieczeni mogą nie czuć aż tak dużej presji w celu zapisania się do Medicaid, jak również ze względu na pewną niechęć poświęcania czasu na, ich zdaniem, zbędne formalności.

Łącznie daje to więc 10,7 mln osób, które tak naprawdę są ubezpieczone lub kwalifikują się do wybranych programów rządowych. W tym miejscu należy jednak zaznaczyć, że owe 4,3 mln nieubezpieczonych,[663] które może zostać objętych Medicaid lub CHIP jest bardziej *technicznym* niż ekonomicznym rozwiązaniem problemu. W przypadku ich włączenia do Medicaid należałoby się spodziewać potencjalnego wzrostu konsumpcji świadczeń medycznych, a więc i wzrostu stanowych wydatków na Medicaid. Mogłoby się także okazać, że niektóre stany musiałyby w tym celu podwyższyć podatki, dodatkowo się zadłużyć lub poprosić o większe wsparcie władze federalne. W tym wypadku, największym problemem jest to, że sam program Medicaid cierpi na wiele defektów takich jak: niezadowolenie lekarzy, niskie stawki refundacji, znaczny wzrost wydatków na przestrzeni lat czy uzależnianie osób o niskich zarobkach od rządowej pomocy. Dlatego, również jakość świadczonych usług nie jest najlepsza. Dołączenie kilku milionów osób, tak naprawdę, jeszcze pogorszyłoby sytuację. Można nawet stwierdzić, że niechęć części nieubezpieczonych do zapisania się do tego

---

[661] K. Hennessey, *How many uninsured people need additional help from taxpayers?*, 09.04.2009, https://keithhennessey.com/2009/04/09/how-many-uninsured-people-need-additional-help-from-taxpayers/ (dostęp: 25.06.2020).

[662] American College of Emergency Physicians, *EMTALA Fact Sheet*, brak daty, https://www.acep.org/life-as-a-physician/ethics--legal/emtala/emtala-fact-sheet/ (dostęp: 25.06.2020).

[663] Co ciekawe, starsze opracowania mówią o jeszcze większych liczbach. Np. raport z 2003 r. przygotowany przez Blue Cross and Blue Shield Association mówi o około 14 mln nieubezpieczonych Amerykanów, którzy mają możliwość zapisania się do Medicaid lub CHIP. Jednak, tak znaczna liczba w dużej mierze wynika z opierania szacunków na raporcie Biura Spisu Powszechnego zawyżającego ogólną liczbę nieubezpieczonych i jednocześnie, zaniżającego liczbę ubezpieczonych w ramach Medicaid/CHIP. Więcej na ten temat zob. Blue Cross Blue Shield Association, *The Uninsured in America*, Blue Cross Blue Shield Association, Chicago 2003.

programu wynika, *de facto*, z jego nieefektywności. Powinno to także stanowić pewną przestrogę dla politycznych zapędów obejmowania ubezpieczeniem coraz większej części społeczeństwa. Każda osoba, która zaproponuje takie rozwiązanie, wpierw powinna odpowiedzieć na pytanie, dlaczego kilka milionów Amerykanów nie zapisało się do rządowych ubezpieczeń mimo spełniania wymaganych kryteriów.

Podsumowanie

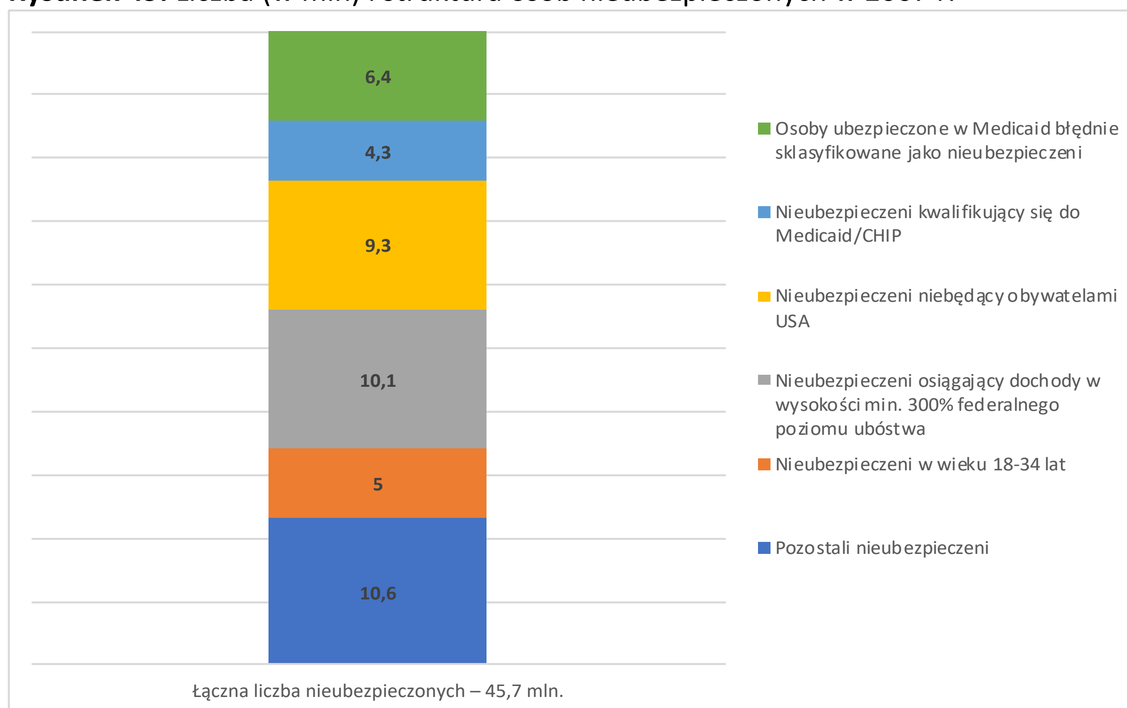
Na podstawie powyższej analizy można stwierdzić, że liczba Amerykanów czy szerzej mieszkańców USA, dla których brak ubezpieczenia może mieć przykre konsekwencje, jest kilkukrotnie niższa niż 46 mln o których mówił Prezydent Obama. Za pewien punkt odniesienia można przyjąć np. osoby znajdujące się w najniższym lub dwóch najniższych przedziałach dochodowych tzn. zarabiające do 25 tys. USD lub do 50 tys. USD rocznie. W tym wypadku odsetek nieubezpieczonych mieszkańców USA (w 2007 r.) wynosił odpowiednio 2,9% lub 6,1%, a nie 15,3% całej populacji USA.

W tym względzie warto także przytoczyć analizę dokonaną przez Hennessey'a. Na podstawie badań przeprowadzonych przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej (U. S. Department of Health and Human Services) w 2005 r. wyszczególnił on poszczególne podgrupy nieubezpieczonych oraz oszacował ich liczebność w 2007 r. W tym wypadku na łączną liczbę 45,7 mln nieubezpieczonych składa się: 6,4 mln osób ubezpieczonych w Medicaid, ale ujętych w badaniu CPS ASEC jako nieubezpieczeni; 4,3 mln Amerykanów kwalifikujących się do Medicaid/CHIP, ale świadomie pozostających nieubezpieczonych; 9,3 mln osób nie będących Amerykanami; 10,1 mln osób, których dochody wynoszą 300% lub więcej powyżej krajowego poziomu ubóstwa; 5 mln osób w wieku 18-34 lat nieposiadających dzieci. Z kolei, pozostałe 10,6 mln nieubezpieczonych to Amerykanie nie znajdujący się w tym przedziale wiekowym 18-34 lat, którzy osiągają dochody poniżej 300% krajowego poziomu ubóstwa, ale których wysokość nie pozwala im na zakwalifikowanie się do subsydiowanych ubezpieczeń rządowych[664] (rysunek 49).

[664] K. Hennessey, *How many uninsured people need additional help from taxpayers?*, 09.04.2009, https://keithhennessey.com/2009/04/09/how-many-uninsured-people-need-additional-help-from-taxpayers/ (dostęp: 26.06.2020).

Tę ostatnią podgrupę można uznać za Amerykanów najbardziej cierpiących z powodu braku ubezpieczenia. 10,6 mln odpowiada 3,5% całej populacji USA oraz 23% wszystkich nieubezpieczonych. Można także stwierdzić, że wartość ta jest, *de facto*, jeszcze niższa, gdyż opiera się ona na definicji braku ubezpieczenia w dowolnym momencie roku a nie przez cały rok. W tym wypadku należy jednak wziąć pod uwagę kilka milionów imigrantów, którzy bez względu na swój status, również pozostają chronicznie nieubezpieczeni. Jednak, nawet przy uwzględnieniu ich łącznej liczby – 9,3 mln – udział nieubezpieczonych w całej populacji USA wyniósłby 6,6% a nie ponad 15%. Mimo różnych podejść w szacowaniu racjonalnej liczby nieubezpieczonych jedno jest pewne – dane przywoływane przez polityków czy media są zdecydowanie zawyżane.

Rysunek 49. Liczba (w mln) i struktura osób nieubezpieczonych w 2007 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Hennessey, *How many uninsured people need additional help from taxpayers?*, 09.04.2009, https://keithhennessey.com/2009/04/09/how-many-uninsured-people-need-additional-help-from-taxpayers/ (dostęp: 26.06.2020).

Uwagi: Poszczególne podgrupy nieubezpieczonych nie pokrywają się. Szacunki bazują na opracowaniu Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej (U. S. Department of Health and Human Services) z 2005 r.

Można także odnieść wrażenie, że dyskusje na ten temat koncentrują się głównie na liczbie czy odsetku osób nieubezpieczonych oraz niepożądanych finansowych konsekwencjach tego stanu rzeczy. Tymczasem rozważania na ten temat należy

wzbogacić także o kwestie pozafinansowe. Komitet ds. Skutków Nieubezpieczenia (Committee on the Consequences of Uninsurance), w oparciu o przeprowadzone na początku XXI w. badania, zwraca uwagę na fakt, że głównym problemem związanym z brakiem ubezpieczenia nie są wcale konsekwencje finansowe, ale ukryte koszty w postaci gorszego stanu zdrowia nieubezpieczonych – w tym także zdrowia psychicznego. Osoby bez ubezpieczenia doświadczają chociażby stresu związanego z niepewnością co do możliwości pokrycia kosztów usług medycznych np. w przypadku choroby jednego z członków rodziny. Co ciekawe, autorzy raportu wskazują także, że problem tego rodzaju ukrytych kosztów dotyczy także gospodarstw domowych posiadających ubezpieczenie. Takie rodziny również doświadczają pewnych obaw związanych z utartą ubezpieczenia przez jednego lub wszystkich ich członków na skutek między innymi takich czynników jak: zakończenie edukacji szkolnej, zmiana pracy, utrata pracy czy zmiana warunków ekonomiczno-gospodarczych.[665] Na tej podstawie można stwierdzić, że koszty subiektywne są nie mniej istotne niż te w ujęciu pieniężnym. Dotyczy to zarówno osób nieubezpieczonych jak i ubezpieczonych. Z kolei za jedną z przyczyn tego stanu rzeczy należy wskazać brak przekonania o możliwych realnych dla ubezpieczeń alternatywach – wielu Amerykanom zwyczajnie trudno wyobrazić sobie sytuację, w której ich dostęp do świadczeń medycznych jest finansowany w innej formie niż ubezpieczenie. Na szczęście rozwijające się rynkowe alternatywy mogą wydatnie pomóc w zmianie takiego nastawienia.

[665] Institute of Medicine, *Hidden Costs, Value Lost: Uninsurance in America (Insuring Health),* National Academies Press, Waszyngton 2003, s. 2, 6-7.

4.1.3. Pozostałe przyczyny

Pewien wpływ na propozycje zmian w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej zawartych w ObamaCare miało również opracowanie Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO), z 2000 r., które oceniało systemy opieki zdrowotnej w 191 krajach na podstawie kilku kryteriów. W raporcie WHO pt. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance* USA zajęły 37 pozycję. Tak odległe miejsce wśród innych krajów rozwiniętych sprawiło, że w USA nasiliły się głosy nawołujące do kolejnych interwencji oraz zmian. Raport tak prestiżowej instytucji jak WHO stanowił więc swego rodzaju *dowód* na potrzebę dalszych reform. Mogło się wydawać, że sytuacja jest poważna, zwłaszcza dla kraju o najwyższym poziomie wydatków na opiekę zdrowotną na świecie.

Tymczasem dokładniejsza analiza raportu WHO pokazała, że to on sam wymaga gruntownych zmian. Jak wskazuje Scott W. Atlas raport WHO to:

(…) *głęboko zwodniczy dokument będący jedynie w minimalnym stopniu miarą wydajności opieki zdrowotnej. Prawdziwym osiągnięciem raportu była klasyfikacja krajów wg ich dopasowania do określonego ideału politycznego i gospodarczego – uspołecznionej medycyny – a następnie twierdzenie, że było to obiektywne kryterium „jakości”.*

Badacze WHO podzielili aspekty opieki zdrowotnej na subiektywne kategorie i dostosowali definicje do celów politycznych. Pozwolili na fundamentalne wady metodologii, duże marginesy błędów w danych i jawne stronniczości w analizie danych, a następnie zaproponowali wnioski pomimo ogromnych luk w danych, które mieli. Błędy w podejściu do raportu, które całkowicie podważają wiarygodność rankingu WHO, były wielokrotnie ujawniane w recenzowanej literaturze przez ekspertów akademickich, którzy szczegółowo zbadali badanie. (…)

Ta lekcja przedmiotu na temat ideologicznego niewłaściwego wykorzystania upolitycznionych statystyk powinna służyć jako przestroga dla wszystkich decydentów i wszystkich świeckich, którzy są skłonni przyjąć z wiarą wyniki zgłoszone w badaniach przez prestiżowe organy międzynarodowe.[666]

W celu sporządzenia rankingu WHO posłużyło się pięcioma kryteriami (podzielonymi na trzy kategorie) o określonej wadze, których suma pozwoliła

[666] S. W. Atlas, *The Worst Study Ever? Exposing the scandalous methods behind an extraordinarily influential 'World Heath Report'*, 01.04.2011, https://www.commentarymagazine.com/articles/scott-atlas/the-worst-study-ever/ (dostęp: 30.06.2020).

na ustalenie tzw. ogólnego wskaźnika osiągnięć wydaj systemu opieki zdrowotnej w badanych krajach. Owe kryteria i ich wagi przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Kategorie, kryteria oraz ich wagi określające ogólny wskaźnik osiągnięć systemu

Kategoria	Waga	Kryteria	Waga cząstkowa
A			
Zdrowie (oczekiwana długość życia skorygowana o niepełnosprawność)	50%	poziom zdrowia	25%
		dystrybucja zdrowia	25%
B			
Zdolność do reakcji systemu	25%	reakcja na potrzeby pacjentów	12,50%
		dystrybucja reakcji	12,50%
C			
Sprawiedliwość systemu finansowania	25%	dystrybucja sprawiedliwości	25%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: World Health Organization, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization, Genewa 2000, s. 39.

Wybór wspomnianych kryteriów jak i uzyskane wyniki nie dają jednak należytej wiedzy na temat funkcjonowania i wydajności krajowych systemów opieki zdrowotnej – głównie ze względu na koncentrowanie się na kwestiach mało związanych z wydajnością, ekonomią i zarządzaniem a bardziej promujących ogólniejsze i trudno mierzalne kryteria sprawiedliwości, równości czy szacunku. Przykładowo, kategoria B (zdolność do reakcji systemu) została zdefiniowana w oparciu o dwie składowe: szacunek dla osoby (50%) oraz orientację na klienta (50%). Na szacunek dla osoby składają się: poszanowanie godności (16,7%), poufność (16,7%) i niezależność (16,7%). Z kolei orientacja na klienta określana jest przez: szybką obsługę (uwagę) (20%), jakość udogodnień (15%), dostęp do sieci wsparcia społecznego (10%) oraz wybór dostawcy (5%). Co więcej, poszczególne elementy składowe oraz ich wagi zostały utworzone w oparciu o subiektywne opinie respondentów, z których połowa to pracownicy WHO.[667]

Inną kwestią są wyniki jakie USA osiągają w przewidywanej długości życia czy chociażby śmiertelności noworodków. Jak zostało to wykazane w podrozdziale 3.1. wpływ na te wskaźniki mają czynniki nie związane z amerykańskim systemem opieki

[667] World Health Organization, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization, Genewa 2000, s. 32.

zdrowotnej jak nieszczęśliwe wypadki, styl życia (w tym nałogi) czy przynależność etniczna. W przypadku wskaźnika śmiertelności niemowląt istotną rolę odgrywają także metody badawcze wpływające na dokładność badań czy definicja zgonu noworodków, które znacząco odbiegają od standardów innych krajów. Prawdą jest, że pod względem oczekiwanej długości życia w momencie urodzenia USA zostały sklasyfikowane na 24 miejscu. Nie oznacza to jednak, że w całości za ten wynik odpowiada system opieki zdrowotnej.

O wątpliwej rzetelności rankingu świadczą też miejsca jakie zajęły poszczególne kraje w ogólnej klasyfikacji. W czołówce rankingu (i daleko przed USA) znalazły się takie kraje jak: San Marino (3), Andora (4 miejsce), Malta (5) czy Oman (8). Być może ze względu na relatywnie małą populację oraz terytorium kraje te łatwiej *punktują* w rankingu WHO. Jednak, na pewno nie są to miejsca docelowe dla amerykańskich turystów medycznych czy przykłady światowych wyznaczników w jakości i wydajności leczenia. Równie wysokie miejsca zajęły kraje z południa Europy charakteryzujące się bardziej scentralizowanymi systemami jak: Włochy (2) czy Hiszpania (7). Jest to o tyle zadziwiające, że wizytówką tych krajów jest chociażby relatywnie słaba dostępność do usług medycznych. Wyżej w rankingu od USA znalazły się również Wielka Brytania (18) i Szwecja (23), a więc kraje mające permanentne problemy zapewnianiem dostępu do usług medycznych[668] swoim obywatelom pomimo większych nakładów na opiekę zdrowotną niż ma to miejsce w przypadku Włoch i Hiszpanii. Pierwsze miejsce przypadło zaś Francji – kolejnemu krajowi z silnie regulowanym i kosztownym systemem jednego płatnika.[669]

Tak wysokie miejsca krajów ze scentralizowanymi systemami jednego płatnika nie powinny dziwić z uwagi na kryteria przyjęte przez WHO. Przykładowo, kraje takie mogły liczyć na lepsze wyniki w ostatnim kryterium – sprawiedliwość systemu finansowania. Wg WHO sprawiedliwy system finansowania to taki, który bardziej jest oparty na zdolności do płacenia niż reprezentowanym ryzyku zdrowotnym oraz obejmujący całą populację.

---

[668] W tym kontekście warto przeanalizować coroczne raporty EuroHealth Consumer Index w których kraje te osiągają relatywnie słabe wyniki, jeśli chodzi o dostęp do usług medycznych.

[669] World Health Organization, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization, Genewa 2000, s. 152-155.

Wynika stąd także wniosek, że płatności z własnej kieszeni są zjawiskiem niepożądanym wobec podatków, składek na ubezpieczenia społeczne czy składek na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Dlatego WHO wskazuje, że owej sprawiedliwości bardziej służy progresywna przedpłata niż płatności bezpośrednie.[670] Oznacza to także, że gospodarstwa domowe o wyższych dochodach powinny mieć proporcjonalnie większy wkład przy finansowaniu takiego systemu.

Ujmując to inaczej, w najlepszym wypadku raport WHO został oparty o drugorzędne czynniki w niewielkim stopniu wpływające na jakość i wydajność. Opracowanie to będąc bardziej skoncentrowane na ustalaniu norom w oparciu o mało precyzyjne kryteria jeszcze mniej przyczynia się do faktycznego zrozumienia funkcjonowania krajowych systemów zdrowotnych. Pomija ono także specyficzne uwarunkowania występujące w danych krajach próbując, *de facto*, sprowadzić je do normatywnych parametrów. Więcej informacji na temat błędów raportu przedstawia tabela 12.

[670] Ibidem, s. 35.

Tabela 12. Wybrane błędy raportu WHO – The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance (2000 r.)

Cel Raport nie miał na celu oceny systemów w poszczególnych krajach, ale wytyczenie pewnych standardów. Nie pomógł on więc w lepszym zrozumieniu problemów będących efektem ekspansji interwencjonizmu.
Mała koncentracja na jakości i wydajności opieki zdrowotnej (1) Raport z góry premiował systemy o większej centralizacji oraz redystrybucji co normatywnie uznano za pewien synonim *jakości*. Doprowadziło to także do wyższych miejsc w rankingu krajów mających problemy z zapewnieniem odpowiedniego dostępu do świadczeń medycznych.
Mała koncentracja na jakości i wydajności opieki zdrowotnej (2) WHO przypisało zbyt duże znaczenie czynnikom skupiającym się głownie na ocenie abstrakcyjnych kryteriów równości i sprawiedliwości. Dystrybucja zdrowia, dystrybucja reakcji i dystrybucja sprawiedliwości łącznie decydowały aż o 62,5% całego wyniku.
Nierzetelne źródła danych (1) Wyniki w kategoriach B (Zdolność do reakcji systemu) oraz C (Sprawiedliwość systemu finansowania) zostały oparte na subiektywnych poglądach informatorów odnośnie dyskryminacji poszczególnych grup na tle całej populacji oraz ich liczebności. Z kolei drugie badanie z udziałem 1000 informatorów zebrało ich opinie dotyczące względnego znaczenia poszczególnych kryteriów w indeksie, co w ostateczności zostało wykorzystane do obliczenia ogólnego wyniku. Było to więc podejście typowo normatywne a nie obiektywne.
Nierzetelne źródła danych (2) Subiektywne opinie tzw. „informatorów" miały więc kluczowe znaczenie przy ocenie poszczególnych kryteriów. Jednak, WHO nie podała istotnych, z punktu widzenia badania, informacji na ich temat oraz sposobu ich doboru. Inne źródła niż WHO podają, że połowa z nich była pracownikami WHO, a część została zaproszona do badania po wejściu na stronę internetową WHO.
Brak odniesień do niezależnych badań Innym problemem są źródła wykorzystane w raporcie. Wśród 32 odniesień do metodologii aż 26 stanowią inne źródła WHO, które nie przeszły przez proces niezależnych recenzji, a tylko dwie publikacje zostały przygotowane przez osoby nie będących autorami raportu WHO z 2000 r. WHO w znacznej mierze odnosiło się więc do własnych badań bez ich weryfikacji przez niezależne instytucje czy badaczy.
Nierzetelne wyniki badań Wg artykułu opublikowanego w prestiżowym czasopiśmie „The Lancet", którego autorem jest P. Musgrove, wcześniej jeden ze współautorów badania WHO, wyniki raportu są fałszywe. Swoje stanowisko uzasadnia on tym, że wg jego szacunków ogólny wskaźnik osiągnięć WHO został oparty na pełnych danych tylko z 35 na 191 krajów. Musgrove wskazuje, że WHO dysponowała danymi tylko z: 56 krajów dotyczących kryterium *dystrybucji zdrowia*, 30 krajów dotyczących kategorii B (Zdolność do reakcji systemu) oraz jedynie 21 krajów dotyczących kategorii C (Sprawiedliwość systemu finansowania). Na podstawie tych ograniczonych danych WHO stworzyła jednak ranking dla 191 krajów. Co więcej, wyniki dla niektórych krajów zostały oszacowane na podstawie danych pochodzących np. z ich poszczególnych regionów a nie całego obszaru.
Skutki Mimo tylu jawnych błędów i wątpliwych wyników raport WHO posłużył jako kolejny argument na rzecz dalszych zmian w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej w tym wprowadzenia ObamaCare. Nie miał on jednak solidnych podstaw naukowych, aby uznać go za wiarygodny.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: S. W. Atlas, *The Worst Study Ever? Exposing the scandalous methods behind an extraordinarily influential 'World Heath Report'*, 01.04.2011, https://www.commentarymagazine.com/articles/scott-atlas/the-worst-study-ever/ (dostęp: 30.06.2020).

4.2. Cele i zmiany jakie wprowadziła PPACA

4.2.1. Utworzenie Healthcare Insurance Marketplace

Mając na uwadze wyżej opisane problemy jednym z kluczowych zadań ObamaCare było objęcie ubezpieczeniem osób nie mogących go uzyskać w swoim miejscu pracy, dla których koszt ubezpieczenia indywidualnego był zbyt wysoki, ale jednocześnie osiągających dochody na poziomie uniemożliwiającym zapisanie się do Medicaid. Uwzględniając złożoność tych uwarunkowań zdecydowano się na utworzenie tzw. *rynków/giełd ubezpieczeń zdrowotnych* (Healthcare Insurance Marketplaces/Exchanges) mających za zadanie wsparcie w uzyskaniu dostępu do świadczeń medycznych takim osobom. Wpłynęło to także na postrzeganie Obamacare jako swego rodzaju rozszerzenie programu Medicaid. Samo funkcjonowanie tych *rynków/giełd* zostało oparte na szeregu regulacji jakimi zostały objęte głównie towarzystwa ubezpieczeniowe w nich uczestniczące. Jednakże, celem tej części pracy nie jest odtwarzanie wszystkich zapisów ObamaCare, ale ukazanie ich w ujęciu ekonomicznym tj. pod kątem założonych celów oraz wykorzystanych środków (regulacji).

Istnieją dwa typy wspomnianych *rynków/giełd*: federalny oraz stanowy, oferujące te same usługi. Stworzono także możliwość zapisania się do ubezpieczenia poprzez specjalną platformę (healthcare.gov). Za jej pomocą można także uzyskać informacje odnośnie przysługujących subsydiów dla ubezpieczonych o niższych dochodach. W 2017 r. 11 stanów oraz Dystrykt Kolumbii posiadało swoje własne witryny podczas gdy reszta korzystała z platformy federalnej.[671]

Rynki/giełdy ubezpieczeń zdrowotnych są tworem *unikalnym* w tym znaczeniu, że mimo uczestnictwa prywatnych ubezpieczycieli podlegają one kolejnym regulacjom jeszcze bardziej ograniczającym ich funkcjonowanie, które sprowadza się w zasadzie do sztywnego przestrzegania wyznaczonych reguł. Warto także podkreślić, że tak daleko idące ingerencje w działalność ubezpieczycieli nie miały miejsca w poprzednich latach na rynku ubezpieczeń indywidualnych czy grupowych. Nowe regulacje dotyczą także

[671] Obamacare.net, *Obamacare Explained*, 01.11.2017, https://obamacare.net/obamacare-explained/ (dostęp: 16.07.2020).

innych obszarów opieki zdrowotnej, ale ich zakres najlepiej oddają właśnie wspomniane *rynki/giełdy*.

Kluczowe regulacje w tym obszarze mają zatem na celu wyeliminowanie lub ograniczenie takich działań ubezpieczycieli, które mogłyby wpłynąć na wykluczenie części osób z ubezpieczenia. Regulator przy ich ustalaniu próbował więc w pewnym sensie antycypować możliwe działania ubezpieczycieli i na tej podstawie stworzyć szereg regulacji zapobiegających temu procesowi. Prowadzi to do wniosku, że poszczególne kluczowe interwencje tworzą pewną całość a nie przypadkowy zbiór. Ich kolejność oraz wynikające z niej zależności przyczynowo skutkowe dobrze ujęli Doug McGuff oraz Robert P. Murphy:

1. *Mechanizm zapewniający ubezpieczenie zdrowotne (większości) Amerykanom („universal coverage”).*
2. *Brak dyskryminacji cenowej w odniesieniu do wysokości składek ubezpieczeniowych („community rating”).*
3. *Z góry określony minimalny zakres ubezpieczenia („essential health benefits”).*
4. *Obowiązek posiadania ubezpieczenia zdrowotnego („individual mandate”).*
5. *Subsydia rządowe dla biednych.*
6. *Kolejne podatki obejmujące „bogatych” nakładane w celu sfinansowania nowych wydatków.*
7. *Gwarancje rządowe dla towarzystw ubezpieczeniowych.*
8. *Wymóg, aby (niektórzy) pracodawcy zapewniali ubezpieczenie zdrowotne swoim (niektórym) pracownikom („employer mandate”).*[672]

Jak zostało to już wspomniane, polityczne ambicje w postaci objęcia ochroną ubezpieczeniową większości Amerykanów (*universal coverage*) skoncentrowano na tej części społeczeństwa, która z różnych względów nie posiadała ubezpieczenia prywatnego, ale jednocześnie nie kwalifikowała się do Medicaid – w tym wypadku nie chodziło więc o objęcie wszystkich Amerykanów jednolitym ubezpieczeniem w ramach rządowego systemu jednego płatnika. Realizacja tego celu (1) nałożyła na ubezpieczycieli obowiązek przyjmowania do ubezpieczenia (w ramach Healthcare Insurance Marketplace) wszystkich chętnych bez względu na ich stan zdrowia. W tym wypadku istniała jednak uzasadniona obawa, że ubezpieczyciel mający do czynienia

[672] D. McGuff, R. P. Murphy, *The Primal Prescription*. Primal Blueprint Publishing, USA 2015, s. 79.

np. z osobą chorującą od dawna na serce oczekiwałby od niej płacenia o wiele wyższej składki niż miałoby to miejsce w przypadku ubezpieczonych o niższym ryzyku zdrowotnym. Z kolei, podwyższone składki dla większości osób o wyższym ryzyku okazałyby się zaporowe i dalej pozostałyby one nieubezpieczone, a dana regulacja nieskuteczna. Dlatego wprowadzono kolejne regulacje w postaci znacznego ograniczenia różnicowania składek na podstawie wskazanych kryteriów (2). Tzw. *community rating*, a więc wymóg dążący do ujednolicania składek wprowadzał pewne limity co do ich wysokości. Wg tych przepisów ubezpieczyciele nie mogli już różnicować składek na podstawie płci lub stanu zdrowia. Pozostawiono im pewne (ograniczone) pole manewru co do zmiany wysokości składek w oparciu o wiek ubezpieczonego, położenie geograficzne (miejsce zamieszkania) czy status palenia. Jednak, nawet w tym zakresie obowiązywały pewne limity. Np. ubezpieczyciel mógł ustalić składkę dla osoby *starszej* na poziomie nie wyższym niż jej trzykrotność w odniesieniu do składki osoby *młodej*. Z kolei składka dla osoby palącej mogła być wyższa maksymalnie o 50% w stosunku do składki osoby niepalącej posiadającej to samo ubezpieczenie.[673] Były to więc swego rodzaju substytuty dla właściwego procesu oceny ryzyka.

Te dwie regulacje nie byłyby jednak wystarczające, gdyż ubezpieczyciele (dalej) próbując uniknąć znacznego wzrostu wydatków, mogliby wykluczyć część ryzyk (np. leczenie chorób serca) z zakresu ubezpieczenia.

Stąd w ObamaCare znalazły się zapisy mówiące o wymaganym minimalnym zakresie ubezpieczenia (3) (*essential health benefits*). Oferowanie ubezpieczeń bez wymaganego przepisami zakresu nie byłoby możliwe. Wszystkie plany zdrowotne w ramach Healthcare Insurance Marketplace zawierają 10 kategorii świadczeń takich jak: usługi ambulatoryjne; służby ratunkowe; hospitalizacje (operacje); świadczenia związane z ciążą i macierzyństwem; usługi w zakresie zdrowia psychicznego; leki na receptę; rehabilitacja; usługi laboratoryjne; usługi profilaktyczne i zdrowotne obejmujące także choroby przewlekłe oraz świadczenia pediatryczne.

Dodatkowo, każdy plan może opcjonalnie zawierać świadczenia stomatologiczne

[673] Ibidem, s. 81-82, 85.

oraz okulistyczne.[674]

W związku z dużą ilością oraz różnorodnością tych świadczeń stworzono cztery rodzaje planów: brązowy, srebrny, złoty oraz platynowy. Każdy kolejny zawiera coraz szerszy zakres usług, wyższą składkę i malejący udział kosztów własnych ponoszonych przez ubezpieczonego. W przypadku planu brązowego ubezpieczyciel pokrywa 60% kosztów a ubezpieczony 40%. Dla pozostałych planów relacje te wynoszą: 70/30 (plan srebrny), 80/20 (plan złoty) oraz 90/10 (plan platynowy).[675] Ponadto, utworzone zostały tzw. plany katastroficzne (*catastrophic plans*), które mają relatywnie niskie składki i duży udział kosztów własnych. Ich zakres obejmuje poważne zachorowania i następstwa nieszczęśliwych wypadków, ale już nie, rutynowych procedur. Takimi planami mogą nimi zostać objęte tylko osoby poniżej 30 roku życia lub te, które z pewnych powodów nie mogą nabyć ubezpieczenia przez Healthcare Insurance Marketplace. [676] Poszczególne rodzaje planów nie są więc efektem działalności ubezpieczycieli, ale wytworem regulacji nie opartych na rynkowej ocenie ryzyka.

Jak się okazuje, regulacje odnośnie zakresu ubezpieczenia prowadzą do kolejnych problemów. Wymagany minimalny zakres ubezpieczenia wraz z ujednolicaniem składek wywołuje silne efekty redystrybucyjne. Osoby młode i zdrowe subsydiują więc starszych ubezpieczonych o gorszym stanie zdrowia, co może prowadzić do rezygnacji części osób z tej pierwszej grupy ze zbyt kosztownego (dla nich) ubezpieczenia. Dlatego, niezbędne stało się wprowadzenie kolejnej regulacji (4) w postaci obowiązku posiadania ubezpieczenia zdrowotnego (*individual mandate*), co nie miało jeszcze miejsca historii USA. Z punktu widzenia rządu był to jedyny sposób na zachowanie możliwości realizacji założonych celów – w przeciwnym wypadku wiele osób mogłoby w ogóle nie przystąpić do ubezpieczenia. Nie byłoby to jednak nic niezwykłego, gdyż podobny scenariusz miał już miejsce w przeszłości. Np. stanowe regulacje sztucznie rozszerzające zakres ubezpieczenia od dawna zawyżały składki i tym samym zniechęcały młode i zdrowe osoby do przystąpienia do danego planu czy to w

[674] HealthCare.gov, *What Marketplace health insurance plans cover*, brak daty, https://www.healthcare.gov/coverage/what-marketplace-plans-cover/ (dostęp: 16.07.2020).

[675] HealthCare.gov, *The 'metal' categories: Bronze, Silver, Gold & Platinum*, brak daty, https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/ (dostęp: 16.07.2020).

[676] HealthCare.gov, *Catastrophic health plans*, brak daty, https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/catastrophic-health-plans/ (dostęp: 16.07.2020).

formie grupowej czy indywidualnej. Dodatkowo, wprowadzone zostały kary finansowe za brak posiadania ubezpieczenia – kolejna regulacja nie występująca wcześniej w historii USA. Jedną z przyczyn ich wprowadzenia była niewątpliwie obawa, że Amerykanie, przyzwyczajeni do wolności wyboru odnośnie posiadania (lub nie) ubezpieczenia zignorują obowiązek jego zakupu, a to mogłoby doprowadzić do zbyt małej puli ubezpieczonych oraz pozyskania zbyt małej ilości środków. W 2014 r. Wysokość kary dla pojedynczej osoby powyżej 18 roku życia wynosiła 95 USD lub maksymalnie 1% uzyskiwanych przez nią dochodów. Z kolei w 2016 r. Wartości te wynosiły odpowiednio już 695 USD lub 2,5% dochodów (tabela 13).

Tabela 13. Wysokości oraz limity kar finansowych za brak ubezpieczenia zdrowotnego

Rok	Wysokość kary za brak ubezpieczenia w zależności od posiadanego wariantu ubezpieczenia (USD)
2014	95 za osobę dorosłą, 47,50 za dziecko (do 18 roku życia), 285 za całą rodzinę lub 1% dochodów gospodarstwa domowego (zapłacona zostanie wyższa z tych kwot)
2015	325 za osobę dorosłą, 162,50 za dziecko (do 18 roku życia), 975 za całą rodzinę lub 1% dochodów gospodarstwa domowego (zapłacona zostanie wyższa z tych kwot)
2016	695 za osobę dorosłą, 347,50 za dziecko (do 18 roku życia), 2085 za całą rodzinę lub 2,5% dochodów gospodarstwa domowego (zapłacona zostanie wyższa z tych kwot)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Healthcare.gov, *The fee for not having health insurance*, brak daty, https://www.healthcare.gov/fees/fee-for-not-being-covered/ (dostęp: 20.07.2020).

Od obowiązku posiadania ubezpieczenia przewidziano jednak pewne wyjątki. Brak ubezpieczenia nie będzie skutkował karą finansową, jeśli: ubezpieczenie zawierane przez pracodawcę okaże się dla pracownika zbyt dużym wydatkiem; dana osoba należy do określonej grupy religijnej umożliwiającej dzielenie kosztów zdrowotnych wśród swoich członków; w sytuacji, kiedy nieubezpieczony nie jest legalnym imigrantem lub posiada status więźnia. Dodatkowo, brak ubezpieczenia będzie usprawiedliwiony w sytuacji osób, które: pozostają bezdomnymi; ogłosiły upadłość; doświadczyły klęski żywiołowej lub ich ubezpieczenie zdrowotne zostało anulowane.[677] Powyższe przykłady pokazują, że objęcie wszystkich mieszkańców USA obowiązkowym ubezpieczeniem nie jest takie oczywiste i nawet rząd usilnie na to nalegający musi uwzględnić pewne wyjątki w tym względzie.

[677] Obamacare.net, *Obamacare Explained*, 01.11.2017, https://obamacare.net/obamacare-explained/ (dostęp: 16.07.2020).

Obowiązek posiadania rozbudowanych pakietów ubezpieczeniowych, zmusiłby osoby niechętne temu pomysłowi do ich zakupu. Byłoby to jednak jeszcze bardziej problematyczne w przypadku osób o niższych dochodach, co ponownie rodziłoby obawy, że wbrew przepisom dalej pozostaną one nieubezpieczone. W tym wypadku konieczne stało się więc zapewnienie im wsparcia w postaci subsydiów. Oznaczało to także dodatkowe wydatki, które wymagały nałożenia nowych podatków[678] (6), którymi miały zostać objęte między innymi wysoko składkowe plany zdrowotne.[679]

Istnieją dwie formy wsparcia osób o niższych dochodach. Pierwsza to ulga podatkowa (Premium Tax Credit), która jest przyznawana gospodarstwom domowym osiągającym dochody znajdujące się w przedziale od 100 do 400% federalnego poziomu ubóstwa (Federal Poverty Level – FPL). Im niższe dochody tym większa jest przyznawana ulga oraz mniejszy wkład ubezpieczonego. Np. czteroosobowa rodzina uzyskująca roczne dochody w wysokości 23.550 USD (100% FPL w 2014 r.) za swoje ubezpieczenie nie zapłaci więcej niż 2% rocznych dochodów. Z kolei w przypadku rodziny o rocznych dochodach w wysokości 94.200 USD (400% FPL) limit ten wynosił już 9,5%.[680] Przykładowe wysokości ulg w zależności od osiąganych dochodów zawiera tabela 14.

Tabela 14. Ulgi przysługujące czteroosobowej rodzinie w odniesieniu do poziomu FPL (2014 r.)

Dochody	**Wkład ubezpieczonych po otrzymaniu ulgi**		
FPL (%)	FPL (USD)	Składka jako % dochodów (maksymalny limit)	miesięczna wysokość składki (USD)
100 - 133	23.550 - 31.322	2	39 - 52
133 - 150	31.322 - 35.325	3 - 4	78 - 118
150 - 200	35.325 - 47.100	4 – 6,3	118 - 247
200 - 250	47.100 - 58.875	6,3 – 8,1	247 - 395
250 - 300	58.875 - 70.650	8,1 – 9,5	395 - 559
300 - 350	70.650 - 82.425	9,5	559 - 652
350 - 400	82.425 - 94.200	9,5	652 - 745

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaiser Family Foundation, *Premium Tax Credits: Answers to Frequently Asked Questions*, 01.07.2013, https://www.kff.org/wp-content/uploads/sites/2/2013/10/qa-on-premium-credits.pdf (dostęp: 17.07.2020).

[678] D. McGuff, R. P. Murphy, *The Primal Prescription*. Primal Blueprint Publishing, USA 2015, s. 83.

[679] Więcej informacji na ten temat zostało zawartych w podrozdziale 4.4.2.

[680] Kaiser Family Foundation, *Premium Tax Credits: Answers to Frequently Asked Questions*, 01.07.2013, https://www.kff.org/wp-content/uploads/sites/2/2013/10/qa-on-premium-credits.pdf (dostęp: 17.07.2020).

Ubezpieczony uzyskuje informacje o przysługującej uldze po zapisaniu się do wybranego planu zdrowotnego, podaniu swoich dochodów itp. Technicznie rzecz ujmując, ulga zostaje naliczona w momencie opłacania składek i zostaje bezpośrednio przekierowana od rządu federalnego do ubezpieczyciela, ale jest także możliwe rozliczenie ulgi po opłaceniu podatków.[681] Zdecydowana większość ubezpieczonych w ramach Healthcare Insurance Marketplace kwalifikuje się do otrzymania ulgi – w 2017 r. takie wsparcie otrzymało 84% ubezpieczonych,[682] co nie powinno dziwić ze względu grupę docelową oraz szereg wprowadzonych regulacji, które wydatnie przyczyniły się do podwyższenia kosztów tych ubezpieczeń.

Druga forma wsparcia osób o niższych dochodach to zmniejszenie im dodatkowych wydatków (poza składką) jakie ponoszą z własnej kieszeni. Jest to możliwe dzięki Cost Sharing Reduction (CSR) – programowi obniżającemu wydatki na udział własny, współpłacenie i współubezpieczenie. Z tego wsparcia mogą skorzystać ubezpieczeni osiągający dochody w przedziale 100-250% FPL. Program ten obejmuje jednak tylko srebrne plany.[683] Podobnie jak w przypadku ulg, środki trafiają bezpośrednio ze źródeł federalnych do ubezpieczyciela. Ubezpieczeni znajdujący się w niższych przedziałach dochodowych mogą liczyć na pokrycie zdecydowanie większej części ich wydatków (do określonego limitu kwotowego). W przypadku osób o dochodach odpowiadającym 100-150% FPL będzie to 94% całkowitych wydatków przy ubezpieczeniu (poza składką). Z kolei ubezpieczeni uzyskujący dochody w przedziale 200-250% FPL mogą liczyć na pokrycie 73% takich wydatków[684] (tabela 15). CSR w znaczniej mierze ogranicza więc lub prawie eliminuje wydatki ponoszone przez ubezpieczonych z własnej kieszeni.

[681] Center on Health Insurance Reforms, *How Premium Tax Credits And Cost-Sharing Reductions Work*, brak daty, https://navigatorguide.georgetown.edu/how-do-premium-tax-credits-and-cost-sharing-reductions-work (dostęp: 17.07.2020).

[682] Obamacare.net, *Obamacare Explained*, 01.11.2017, https://obamacare.net/obamacare-explained/ (dostęp: 17.07.2020).

[683] Jednocześnie są to najbardziej popularne plany.

[684] Center on Health Insurance Reforms, *How Premium Tax Credits And Cost-Sharing Reductions Work*, brak daty, https://navigatorguide.georgetown.edu/how-do-premium-tax-credits-and-cost-sharing-reductions-work (dostęp: 17.07.2020).

Tabela 15. Ulgi przysługujące czteroosobowej rodzinie w odniesieniu do poziomu FPL (2014 r.)

Dochody	Maksymalny limit kwotowy pokrycia wydatków	Wartość aktuarialna planu		
FPL (%)	FPL dla 1 osoby (USD)	Dla 1 osoby	Dla rodziny	(%)
100 – 150	11.490 – 17.235	2.250	4.500	94
150 – 200	17.235 – 22.980	2.250	4.500	87
200 - 250	22.980 – 28.725	5.200	10.400	73

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaiser Family Foundation, *Key Facts You Need to Know About: Cost-Sharing Reductions*, 01.09.2014, http://www.healthreformbeyondthebasics.org/wp-content/uploads/2014/09/KeyFacts-Cost-Sharing-Reductions_updated2014.pdf (dostęp: 17.07.2020).

Wsparciem finansowym należało także objąć ubezpieczycieli, gdyż mimo jasnych ustaleń regulacje wprowadzały dużą niepewność co do zapisania się wystarczającej liczby osób czy kosztów. To z kolei skutkowałoby niższymi przychodami ze składek i zyskami. Istniało zatem zagrożenie, że bez odpowiednich gwarancji rządowych dla towarzystw ubezpieczeniowych (7) nie będą one nawet zainteresowane oferowaniem ubezpieczeń w ramach Healthcare Insurance Marketplace i tym samym zastopują cały proces zmian. W celu zapewnienia wsparcia ubezpieczycielom utworzono więc trzy specjalne (dwa tymczasowe) programy: program reasekuracji (*reinsurance program*), tzw. korytarze ryzyka (*risk corridors*) oraz program korekty ryzyka (*risk adjustment*).

Program reasekuracji miał na celu utrzymanie wysokości składek indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych na stabilnym poziomie. Wynikało to z obaw przed podwyżkami składek przez ubezpieczycieli ze względu na przyjmowanie do ubezpieczenia wszystkich chętnych – zgodnie z wymogami ObamaCare, czyli bez względu na ich stan zdrowia itp. Program ten obowiązywał w latach 2014-2016 i polegał na transferze środków do bardziej kosztownych planów indywidualnych. Była to swego rodzaju rekompensata dla ubezpieczycieli, którzy w zmian za otrzymane środki mieli zaniechać podwyższania składek.[685] Fundusze na ten cel pozyskiwane były zarówno od ubezpieczycieli zdrowotnych, także tych zajmujących się obsługą planów opartych na samo-ubezpieczeniu (self-insured) na rynku indywidualnym oraz grupowym. Środki te trafiały zaś na indywidualne rynki ubezpieczeń, które funkcjonowały już w oparciu o nowe regulacje, czyli nowo utworzone Healthcare Insurance Marketplace oraz pozostałe rynki indywidualne. Departament Zdrowia i Opieki Społecznej (HHS) dokonywał ich transferu do wskazanych tj. najbardziej kosztownych polis

[685] W pewnym sensie można to także uznać za kolejne subsydia dla ubezpieczonych.

indywidualnych. Konkretny plan zdrowotny (i ubezpieczyciel) otrzymywał takie wsparcie, kiedy jego koszt przekraczał określony poziom – tzw. *attachment point*. HHS ustalił ten poziom na 45.000 USD (w 2014 i 2015 r.) oraz na 90.000 USD w 2016 r.[686] Oprócz tego został wprowadzony także maksymalny próg wsparcia ze strony HHS w wysokości 250.000 USD. Stopa reasekuracji została ustalona na 80% w 2014 r. oraz na 50% w 2015 i 2016 r. Oznaczało to, że kiedy (w 2014 r.) koszty danego planu zdrowotnego przekroczyły 45.000 USD, to dodatkowe koszty powyżej tej kwoty były w 80% pokrywane już ze wspólnego funduszu, ale do progu 250.000 USD – po jego przekroczeniu całość kosztów dalej ponosił ubezpieczyciel. Jeśli płatności były niższe od sumy pozyskanych środków wówczas HHS zwiększał stopę reasekuracji, która ostatecznie w 2014 r. wyniosła 100% a w 2015 r. 55%. Jeśli w danym roku wystąpiły nadwyżki środków były one przenoszone na następny rok. Z kolei w przypadku pojawienia się większych roszczeń ubezpieczycieli przekraczających środki funduszu stopa reasekuracji się obniżała. Łączna wysokość funduszy przeznaczonych na ten program malała z każdym rokiem: w 2014 została ustalona na 10 mld USD, w 2015 r. było to 6 mld USD a w 2016 r. 4 mld USD.[687]

Drugi z programów wsparcia, czyli korytarze ryzyka, również miał na celu ograniczenie wzrostu wysokości składek oraz strat finansowych ubezpieczycieli i obejmował tzw. Qualified Health Plans (QHPs), a więc plany zdrowotne oferowane głównie w ramach Healthcare Insurance Marketplace.[688] Program ten współdziałał z tzw. wskaźnikiem start medycznych (Medical Loss Ratio – MLR) na podstawie którego ubezpieczyciele oferujący ubezpieczenia dla pojedynczych osób lub małych grup zostali zobowiązani do przeznaczania co najmniej 80% składki na opiekę medyczną i wydatki mające na celu poprawę jakości lub zwrot części składki ubezpieczonym. Finansowanie tego programu zostało oparte na ubezpieczycielach oferujących plany QHP.[689]

Podstawą funkcjonowania tego programu był wskaźnik będący stosunkiem

[686] Kwota została podwyższona ze względu na mniejsze płatności w dwóch poprzednich latach.

[687] C. Cox i in., *Explaining Health Care Reform: Risk Adjustment, Reinsurance, and Risk Corridors*, 17.08.2016, https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/explaining-health-care-reform-risk-adjustment-reinsurance-and-risk-corridors/ (dostęp: 20.07.2020).

[688] Do QHP mogły być także zakwalifikowane plany zdrowotne oferowane poza Healthcare Insurance Marketplace, jeśli spełniały określone kryteria.

[689] C. Cox i in., *Explaining Health Care Reform: Risk Adjustment, Reinsurance, and Risk Corridors*, 17.08.2016, https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/explaining-health-care-reform-risk-adjustment-reinsurance-and-risk-corridors/ (dostęp: 21.07.2020).

dopuszczalnych kosztów (*allowable costs*) do kwoty docelowej opartej na wysokości składki (*target amount*). Dla lepszej klarowności wywodu można nadać mu skrót AC/TA. Wartość wskaźnika poniżej 1 (lub mniej niż 100%) oznaczała, że koszty były niższe od kwoty docelowej (ubezpieczyciel odnotowywał więc niewielki zysk). Z kolei wynik powyżej 1 (lub wyższy niż 100%) świadczył o kosztach przewyższających kwotę docelową (ubezpieczyciel ponosił wówczas stratę). Jeśli stosunek faktycznych świadczeń (kosztów) danego planu do jego ustalonej kwoty docelowej opartej na wysokości składki (*target amount*) oscylował wokół (+/-) 3% (97-103% AC/TA), wówczas ubezpieczyciele zachowywali niewielkie zyski lub pokrywali nieznaczne straty. Z kolei plany z jeszcze niższymi kosztami (świadczeniami) tj. poniżej dolnego pułapu wskaźnika (97%) *wpadały* w określone korytarze ryzyka. W przypadku, kiedy faktyczne koszty znajdowały się w przedziale 3-8% poniżej kwoty docelowej wskaźnika AC/TA (97-92%), ubezpieczyciel przekazywał 50% swoich *nadprogramowych* zysków do HHS. Np. gdyby dla konkretnego planu wskaźnik ten wyniósł 95%, wówczas ubezpieczyciel byłby zobowiązany do transferu połowy zysków z różnicy między faktyczną (95%) a docelową (akceptowalną) wartością wskaźnika (97%). Natomiast plany z kosztami kształtującymi się poniżej 8% drugiego dolnego pułapu AC/TA (mniej niż 92%) wpadały w kolejny korytarz i wpłacały do HHS 2,5% swojej kwoty docelowej oraz 80% zysków z różnicy między faktycznymi kosztami a drugą dolną granicą wskaźnika (92%). Analogicznie, plany o wyższych kosztach mogły liczyć na dodatkowe środki redukujące ich starty w podobnych proporcjach. W przypadku wystąpienia strat większych od pozyskanych, były one pokrywane proporcjonalnie.[690]

Program korytarzy ryzyka był pewnego rodzaju mechanizmem wyrównywania start, który miał być finansowany wyłącznie przez ubezpieczycieli oferujących QHP. W pewnym sensie każdy z nich był więc *reasekuratorem*. Jego założenia miały na celu powstrzymanie wzrostu składek w przypadku najbardziej kosztownych planów zdrowotnych.

Z kolei program korekty ryzyka ma na celu redystrybucję funduszy z planów, do których zapisane są osoby o niższym ryzyku zdrowotnym do planów obejmujących osoby o wyższym ryzyku. W oparciu o indywidualne oceny ryzyka ubezpieczonych

[690] Ibidem.

(na podstawie wieku, płci oraz diagnoz) ustalana jest średnia ocena ryzyka danego planu reprezentująca przewidywane wydatki. Następnie z planów o niższym ryzyku aktuarialnym (poniżej średniej) dokonywane są płatności na rzecz planów o wyższym ryzyku. Program ten ma zapobiegać również selekcji ryzyka np. w sytuacji, w której ubezpieczyciele chcieliby tworzyć grupy niskiego ryzyka poza *rynkami/giełdami*, ale grupy osób o wyższym ryzyku kierować właśnie tam. Zostały nim objęte ubezpieczenia indywidualne oraz ubezpieczenia małych grup zarówno w ramach *rynków/giełd* jak i poza nimi. Program ten obowiązuje od 2014 r. i nie jest tymczasowy.[691]

Ostatnim istotnym elementem ObamaCare na jaki należy zwrócić uwagę jest wymóg, aby *więksi* pracodawcy oferowali ubezpieczenia zgodne z wymogami ObamaCare przynajmniej niektórym swoim pracownikom – konkretnie pracownikom pełnoetatowym. Wymóg ten określany jako *employer mandate* (8) dotyczy pracodawców zatrudniających minimum 50 takich pracowników. Także on jest konsekwencją regulacji nakazujących przyjmowanie do ubezpieczenia wszystkich chętnych, co rodziło obawy o rosnące koszty nie tylko wśród ubezpieczycieli, ale także pracodawców. Niektóre przedsiębiorstwa mogłyby więc rezygnować z bardziej kosztownych ubezpieczeń pozbawiając ochrony swoich pracowników. Aby zapobiec takiemu scenariuszowi zdecydowano się na zobowiązanie części z nich do obowiązkowego ubezpieczenia swoich pracowników. Była to więc kolejna regulacja nie występująca wcześniej w historii USA.[692]

Jak widać, regulacje Obamacare bardzo silnie ingerowały w wiele obszarów systemu opieki zdrowotnej USA. Sherman Folland i in. wskazują, że:

(…) *interwencja przejawia się głównie w trzech działaniach: dostarczania dóbr i usług, redystrybucji i regulacji. Rządy podejmują każde z tych działań w ekonomii zdrowia.*[693]

Powyższy opis w całości jest zgodny z założeniami ObamaCare, której celem było zapewnienie osobom nieubezpieczonym dostępu do świadczeń medycznych. Aby to osiągnąć niezbędne były: redystrybucja obejmująca głównie plany ubezpieczeń

---

[691] Ibidem.

[692] Więcej informacji na ten temat zostało zawartych w podrozdziale 4.4.2.

[693] S. Folland, A. C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Kraków 2011, s. 717.

zdrowotnych oraz wprowadzenie nowych podatków. Te z kolei wymagały wprowadzenia odpowiednich regulacji istotnie wpływających na funkcjonowanie ubezpieczycieli oraz innych podmiotów.

4.2.2. Zmiany na rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Nowe obciążenia fiskalne – podatek od cadillaców

Mimo, że wiele nowych przepisów obejmowało nowo utworzone *rynki/giełdy* (Healthcare Insurance Marketplaces), to istotne zmiany (lub ich zapowiedzi) obejmowały również indywidualne i grupowe (pracownicze) rynki ubezpieczeń.

Jedną z nich były plany wprowadzenia tzw. *podatku od cadillaców* (Cadillac Tax). Był to zapowiadany 40-sto procentowy podatek od wysoko kosztowych planów ubezpieczeń zdrowotnych mający obejmować plany zdrowotne oferowane przez pracodawców.[694] Miał on wejść w życie w 2018 r.[695] 40-sto procentowa stawka miała obejmować *nadwyżkę* danego planu powyżej określonego poziomu, który w 2018 r. został ustalony na 10.200 USD dla polis indywidualnych oraz na 27.500 USD dla polis rodzinnych. Oprócz pozyskania dodatkowych środków na realizację zadań wyznaczonych przez ObamaCare jego wprowadzenie miało na celu zmniejszenie popytu na rozbudowane i kosztowne plany zdrowotne. W tym względzie liczono na to, że mniejszy popyt na ubezpieczenia zdrowotne pozwoli na obniżenie cen świadczeń medycznych.[696]

Jednak, głównym zakładanym skutkiem wprowadzenia tego podatku miał być wzrost wpływów podatkowych z podatku dochodowego oraz podatku od wynagrodzeń. Wg szacunków Kongresowego Biura Budżetu z 2018 r. Jego wprowadzenie miało przynieść około 168 mld USD dodatkowych wpływów w latach 2022-2028.[697] Nowy podatek miał przyczynić się do podwyższenia składek na ubezpieczenia zdrowotne. W obliczu perspektywy wyższych kosztów ubezpieczeń ponoszonych przez pracodawców mieli oni zrezygnować z bardziej rozbudowanych zakresów planów zdrowotnych i zrekompensować to swoim pracownikom przez podwyższenie wynagrodzenia. To z kolei zwiększyłoby rządowe wpływy podatkowe i ograniczyło ich

[694] Objęte nim miały być także środki trafiające na medyczne (zdrowotne) konta oszczędnościowe.

[695] Kaiser Family Foundation, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA 2019, s. 16.

[696] S. Eastman, *The "Cadillac" Tax and the Income Tax Exclusion for Employer-Sponsored Insurance*, 19.06.2019, https://taxfoundation.org/cadillac-tax-employer-sponsored-health-insurance/ (dostęp: 22.07.2020).

[697] P. Fronstin, *Will the Cadillac Tax Generate Revenue?*, 31.01.2019, https://www.ebri.org/content/will-the-cadillac-tax-generate-revenue (dostęp: 23.07.2020).

ubytek *generowany* przez istniejącą ulgę podatkową. Wg szacunków Kongresowego Biura Budżetu około 75% wpływów generowanych przez nowy podatek pochodziłoby z wyższych wpływów z podatku dochodowego oraz podatku od wynagrodzeń zaś jedynie pozostałe 25% pochodziłoby bezpośrednio z samego podatku akcyzowego. Ponadto spodziewano się, że wyższe koszty związane z nowym podatkiem (w przypadku tych 25% planów) zostaną przez pracodawców pokryte przez obniżenie wynagrodzenia pracownikom.[698] Bez względu na to na jaki wariant zdecydują się pracodawcy – dodatkowe środki trafią do rządu.

Plany wprowadzenia nowego podatku były krytykowane z kilku powodów. Po pierwsze, można uznać to za próbę pośredniej eliminacji (części) ulgi podatkowej. Częściowo można zgodzić się ze stwierdzeniem, że ulga ta zachęca pracowników do sztucznego rozszerzania zakresu ubezpieczenia. Jednak, za ten stan rzeczy należy winić przede wszystkim istniejące wcześniej uwarunkowania instytucjonalne, które nie dawały Amerykanom wielkiego wyboru, jeśli chodzi o przystępność cenową usług medycznych poza ubezpieczeniem.

Po drugie, wskazywano także na fakt, że wysokości składek za ubezpieczenia zdrowotne pracowników systematycznie rosną, co może doprowadzić do sytuacji, w której coraz większa ich liczba będzie przekraczać wyznaczone wcześniej pułapy, po przekroczeniu których obowiązywałby już *podatek od cadillaca*. Mimo, że te pułapy uwzględniają inflację to warto mieć na uwadze to, że składki na ubezpieczenia zdrowotne rosną szybciej niż stopa inflacji. I po trzecie, opór przeciw jego wprowadzeniu wynikał stąd, że cześć istniejących planów zdrowotnych była relatywnie droższa od pozostałych jak np. plany oferowane przez związki zawodowe wypłacające ubezpieczonym wysokie świadczenia dodatkowe.[699]

[698] S. Eastman, *The "Cadillac" Tax and the Income Tax Exclusion for Employer-Sponsored Insurance*, 19.06.2019, https://taxfoundation.org/cadillac-tax-employer-sponsored-health-insurance/ (dostęp: 22.07.2020).

[699] Ibidem.

Nowe regulacje obejmujące dużych pracodawców (employer mandate)

Wymóg posiadania przez (prawie) każdego Amerykanina ubezpieczenia zdrowotnego o określonych standardach mógłby doprowadzić do dużego zamieszania na rynku grupowych (pracowniczych) ubezpieczeń zdrowotnych i wywołać niezadowolenie wielu pracowników (np. część pracodawców zrezygnowałaby z oferowania zbyt kosztownego ubezpieczenia). Dlatego, w celu uniknięcia tych negatywnych efektów, zdecydowano się na objęcie nowymi regulacjami tylko niektórych pracodawców.

Wg nowych przepisów część pracodawców została zobowiązana do przedstawienia swoim pracownikom oferty ubezpieczenia zdrowotnego zgodnego z wymogami ObamaCare. Obowiązkiem tym zostali objęci pracodawcy zatrudniający co najmniej 50 pracowników pełnoetatowych (i/lub ich ekwiwalentu)[700] w poprzednim roku kalendarzowym.[701]

Tacy pracodawcy zostali określeni jako Applicable Large Employers (ALEs). Danego pracownika uznano za pełnoetatowego, jeśli w miesiącu kalendarzowym był on średnio zatrudniony na co najmniej 30h tygodniowo lub 130h miesięcznie. W przypadku braku oferty ubezpieczenia na pracodawcę nakładana jest kara w wysokości 2.000 USD lub 3.000 USD za każdego pełnoetatowego pracownika.[702] Pracodawca jest zobowiązany do zapłacenia kary pierwszego rodzaju, jeśli nie zaoferował ubezpieczenia dla min. 95% swoich pełnoetatowych pracowników (oraz osób od nich zależnych), a co najmniej jeden z nich otrzymał ulgę podatkową w ramach Healthcare Insurance Marketplaces. W tym wypadku łączna wartość kary była obliczana na podstawie formuły: (liczba wszystkich pracowników pełnoetatowych – 30 pracowników pełnoetatowych) x 2.000 USD. Z kolei drugi rodzaj kary zostanie nałożony na pracodawcę, które zaoferował ubezpieczenie swoim pełnoetatowym pracownikom, ale co najmniej jeden z nich otrzymał

[700] Tzw. Full-Time Equivalents (FTEs). Warto zaznaczyć, że przepisy uwzględniają różne metody obliczania statusu FTE. Ponieważ obliczenia te mogą być skomplikowane, często zalecana jest pomoc prawna w tym aspekcie.

[701] Prawo to weszło w życie w 2016 r. W latach 2014 i 2015 pracodawcy zatrudniający od 50 do 99 pełnoetatowych pracowników nie byli zobowiązani do oferowania im ubezpieczenia o określonych standardach zaś ci zatrudniający ponad 100 takich pracowników mieli taki obowiązek, jeśli oferowali ubezpieczenie przynajmniej 70% z nich.

[702] Wysokości kar każdego roku podlegają indeksacji.

wspomnianą już ulgę w ramach Healthcare Insurance Marketplaces. Oznaczało to sytuację, w której: ubezpieczenie dla takiej osoby było zbyt kosztowne; nie posiadało odpowiedniego zakresu lub dany pracownik nie znalazł się w grupie min. 95% osób, którym przedstawiona została oferta ubezpieczenia. W tym wypadku pracodawca zapłaci karę w wysokości 3.000 USD, ale tylko za każdego nieubezpieczonego pełnoetatowego pracownika.[703]

Ujmując to nieco inaczej, pracodawca (ALE) w celu uniknięcia kary finansowej musi spełnić kilka wymogów. Po pierwsze, powinien zapewnić możliwość przystąpienia do ubezpieczenia min. 95% sowim pełnoetatowym pracownikom oraz osobom od nich zależnych (np. dzieciom). Po drugie, ubezpieczenie musi pokrywać min. 60% wydatków zdrowotnych (tzw. *minimum value*). Po trzecie, pracownicy nie mogą przeznaczać na ubezpieczenie więcej niż 9,86%[704] ich dochodów (tzw. *affrodable coverage*).[705] W przeciwnym wypadku pracodawca będzie musiał zapłacić karę finansową. Np. firma zatrudniająca 500 pełnoetatowych pracowników, która nie oferuje im możliwości przystąpienia do ubezpieczenia zdrowotnego zapłaci karę (w 2019 r.) obliczoną na podstawie wzoru: (500 – 30) x 2.570 USD = 1.207.900 USD. Warto także podkreślić, że ilość faktycznie ubezpieczonych pracowników może być niższa od łącznej liczby osób zatrudnionych na pełen etat i wynosić np. 60% – wówczas kara nie zostanie naliczona.[706]

W ramach ObamaCare utworzone zostały także opcje ubezpieczenia przeznaczone dla mniejszych firm – Small Business Health Options Program (SHOP). Jest to rozwiązanie skierowane do pracodawców zatrudniających od 1 do 50 pełnoetatowych pracowników (lub ich ekwiwalentu) majce na celu pomoc w zapewnieniu im odpowiedniego ubezpieczenia. Dzięki SHOP niektóre firmy mogą również obniżyć składki na ubezpieczenie zdrowotne dzięki otrzymanym ulgom.

Aby uzyskać takie wsparcie muszą one spełnić kilka wymogów takich jak: zaoferowanie ubezpieczenia wszystkim pełnoetatowym pracownikom; posiadanie co

---

[703] Internal Revenue Service, *Employer Shared Responsibility Provisions*, brak daty, https://www.irs.gov/affordable-care-act/employers/employer-shared-responsibility-provisions (dostęp: 23.07.2020).

[704] Stawka za 2019 r.

[705] Kaiser Family Foundation, *Employer Responsibility Under the Affordable Care Act*, 02.07.2019, https://www.kff.org/infographic/employer-responsibility-under-the-affordable-care-act/ (dostęp: 23.07.2020).

[706] Cigna, *Employer Mandate. Fact Sheet*, 09.2019, https://www.cigna.com/assets/docs/about-cigna/informed-on-reform/employer-mandate-fact-sheet.pdf (dostęp: 23.07.2020).

najmniej jednego pełnoetatowego pracownika nie będącego właścicielem, partnerem lub członkiem rodziny właściciela; i objęcie ubezpieczeniem przynajmniej 70% ze swoich pracowników.[707]

[707] HealthCare.gov, *Small Business Health Options Program (SHOP)*, brak daty, https://www.healthcare.gov/glossary/shop-small-business-health-options-program/ (dostęp: 23.07.2020).

Zmiany na rynku indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych

Nowymi regulacjami zostały także objęte rynki indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych funkcjonujące poza Healthcare Insurance Marketplaces. Jak zostało to już wspomniane głównym celem *rynków/giełd* jest wsparcie finansowe dla osób uzyskujących niższe dochody. Jednak, za ich pomocą (przez stronę healthcare.gov) indywidualne ubezpieczenia mogą zawrzeć również osoby o wyższych dochodach – wówczas nie będą im przysługiwały jedynie ulgi. Takie osoby mogą też ubezpieczyć się indywidualnie poprzez inne kanały jak np.: stronę internetową danego ubezpieczyciela; przy wsparciu agenta ubezpieczeniowego lub brokera czy przez internetowego sprzedawcę ubezpieczeń zdrowotnych pozwalającego na porównanie planów zdrowotnych wielu ubezpieczycieli. Wg twórców zmian opcja ubezpieczenia się poza *rynkami/giełdami* może być bardziej korzystna w przypadku: młodych osób poszukujących ubezpieczeń krótkoterminowych; kiedy nie każdy plan w danym regionie będzie możliwy do nabycia na *rynku/giełdzie*; chęci skorzystania z pomocy lokalnego agenta lub brokera czy w sytuacji chęci nabycia planu katastroficznego.[708]

Warto także zaznaczyć, że plany zdrowotne nabywane poza *rynkami/giełdami* spełniają te same standardy określone przez ObamaCare. Ich składki nie są ustalane na podstawie wieku czy stanu zdrowia, ale w oparciu o wiek ubezpieczonego, położenie geograficzne (miejsce zamieszkania) i status palenia. Także wymagany zakres pozostaje taki sam. Różnica sprowadza się więc do braku możliwości otrzymania ulgi – stąd zainteresowanymi nabyciem ubezpieczenia poza rynkami/giełdami mogą być osoby o wyższych dochodach. Inną wspólną cechą jest taki sam okres rejestracji do danego planu zdrowotnego (tzw. open enrollment), który (z pewnymi wyjątkami) ma miejsce w ostatnich miesiącach roku poprzedzającego rozpoczęcie ochrony.[709] Np. w 2020 r. okresy rejestracji na 2021 r. w większości stanów mają miejsce między 1 listopada a 15 grudnia, ale możliwe są ich wydłużenia.[710]

Ostatnia kwestia na jaką należy zwrócić uwagę w omawianym kontekście to tzw.

---

[708] ObamaCareFacts.com, *Private Health Plans Outside the Marketplace*, 20.11.2014, https://obamacarefacts.com/private-health-plans-outside-the-marketplace/ (dostęp: 24.07.2020).

[709] Ibidem.

[710] ObamaCareFacts.com, *ObamaCare Open Enrollment Period*, 07.08.2014, https://obamacarefacts.com/obamacare-open-enrollment/ (dostęp: 24.07.2020).

dziedziczone/ starsze plany zdrowotne (grandfathered health insurance plans). Są to indywidualne ubezpieczenia na życie zawarte nie później niż 23 marca 2010 r.[711] Formalnie plany te nie spełniały wymagań ObamaCare (np. odnośnie nieuwzględniania stanu zdrowia ubezpieczonego podczas określania składki), jednak ze względu na ich popularność pozwolono ubezpieczonym na ich kontynuowanie po tej dacie. Natomiast, w późniejszym okresie nie było już możliwości zapisania się do tego rodzaju ubezpieczeń. Ubezpieczyciele mogli dalej posiadać je w swojej ofercie pod warunkiem, że nie zmniejszą zakresu ubezpieczenia lub nie podwyższą kosztów osobom dotychczas ubezpieczonym. Po wejściu w życie Obamacare w 2014 r. tego rodzaju plany nie były sprzedawane za pośrednictwem Healthcare Insurance Marketplaces, ale przez towarzystwa ubezpieczeniowe, brokerów lub agentów.[712]

[711] Data podpisania przez Prezydenta B. Obamę ustawy Patient Protection and Affordable Care Act, czyli ObamaCare.

[712] HealthCare.gov, *Grandfathered health insurance plans*, brak daty, https://www.healthcare.gov/health-care-law-protections/grandfathered-plans/ (dostęp: 24.07.2020).

4.2.3. Zmiany na rynku farmaceutycznym

Leki na receptę (RX)

Zmiany jakimi objęty został rynek ubezpieczeń pośrednio miały istotny wpływ na rynek farmaceutyczny. Chęć zapewnienia ubezpieczenia osobom dotychczas nieubezpieczonym oznaczała między innymi większą sprzedaż leków na receptę (RX) w przyszłości. Nowe regulacje objęły także producentów leków oryginalnych, generycznych oraz inne obszary ich działalności. Mimo, że ustawa ObamaCare nałożyła na amerykański przemysł farmaceutyczny nowe regulacje i podatki, to ostatecznie dała mu wiele korzyści, co pozytywnie wpłynęło na perspektywy jego wzrostu w następnych latach.

Wpływ nowych regulacji na zwiększenie sprzedaży leków RX wynika z kilku przyczyn. Po pierwsze, ObamaCare rozszerza kwalifikowalność do rządowego programu Medicaid. Po drugie, nowoutworzone *rynki/giełdy* ubezpieczeniowe oferują większości ubezpieczonym ulgi podatkowe, które znacznie zmniejszają ich wydatki czyniąc ubezpieczenia bardziej przystępne cenowo. Dla firm farmaceutycznych jest to korzystne, ponieważ liczba ubezpieczonych rośnie, a ich plany zdrowotne pokrywają zakup tego typu leków.

Po trzecie, nowe regulacje wymagają od ubezpieczycieli, aby dzieci ubezpieczonych były objęte ochroną do momentu, w którym ukończą 26 rok życia – wcześniej zazwyczaj traciły one ochronę ubezpieczeniową w momencie ukończenia 19 lat. Dzieci do 26 lat pozostają ubezpieczone nawet w sytuacji, kiedy nie mieszkają już z rodzicami, nie są na ich utrzymaniu lub nie posiadają już statusu studenta.[713]

Po czwarte, zmiany objęły także Medicare, a konkretnie część D odpowiedzialną za refundację leków na receptę seniorom. Większość planów tego typu posiadało lukę zwaną też *dziurą pączkową* (donut hole) co oznaczało, że po przekroczeniu pewnego limitu wydatków na leki musieli oni pokrywać koszty ich zakupu z własnej kieszeni.[714]

---

[713] Centers for Medicare & Medicaid Services, *Young Adults and the Affordable Care Act: Protecting Young Adults and Eliminating Burdens on Families and Businesses*, brak daty, https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/adult_child_fact_sheet (dostęp: 27.07.2020).

[714] HealthCare.gov, *Donut Hole, Medicare Prescription Drug*, brak daty, https://www.healthcare.gov/glossary/donut-hole-medicare-prescription-drug/ (dostęp: 28.07.2020).

Mechanizm ten wyglądał następująco: ubezpieczony senior ponosił wydatki bezpośrednie na zakup leków na receptę do kwoty 310 USD. Po przekroczeniu tego limitu 75% kosztów leków pokrywało już Medicare (część D). Resztę (25%) opłacali ubezpieczeni, ale do określonej kwoty w wysokości 2.800 USD. Po jej przekroczeniu, seniorzy dalej opłacali 100% kosztów aż do osiągnięcia kolejnego limitu w wysokości 4.550 USD – była to właśnie tzw. *dziura pączkowa*. Po przekroczeniu tego limitu kosztów ich udział ponownie spadał – tym razem do 5% a pozostałe 95% kosztów pokrywało już ubezpieczenie. ObamaCare wprowadziła zmiany mające na celu finansowe wsparcie seniorów, którzy znaleźli się właśnie w *pączkowej dziurze* – najpierw w postaci czeków rabatowych czy zniżek na zakup leków oryginalnych. Do 2020 r. wspomniana luka miała zostać ograniczona tzn. seniorzy dalej mieli ponosić 25% (a nie 100%) kosztów do określonego limitu.[715]

Leki oryginalne i generyczne

W celu pozyskania nowych środków ObamaCare wprowadziła tzw. *roczną opłatę* (annual fee). Zostały nią objęte te firmy farmaceutyczne i importerzy leków, których łączna roczna sprzedaż leków oryginalnych na receptę (Branded Prescription Drug – BPD), w ramach określonych programów rządowych (Medicare, Medicaid itp.), przekroczyła 5 mln USD. Wysokość opłaty jest określana na podstawie udziału danego producenta w tym *rynku*, a następnie odniesienia tego udziału do odgórnie ustalonej kwoty. Jej wysokość rosła z czasem: w 2011 r. wynosiła ona 2,5 mld USD, w 2014 r. 3 mld USD, a w 2018 r. 4,1 mld USD.[716] Przykładowo, producent, który w 2014 r. posiadał 10% udziałów w sprzedaży swoich leków do wskazanych programów rządowych był zobowiązany do zapłaty 300 mln USD.

Zmiany objęły także leki generyczne, a konkretnie proces ich rejestracji. Ich celem było ograniczenie działań producentów leków oryginalnych, którzy podejmowali wysiłki mające na celu opóźnienie wejścia na rynek produktów konkurencji. W tym celu

---

[715] Medicare.gov, *What is the Donut Hole?*, 09.08.2010, https://www.medicare.gov/blog/what-is-the-donut-hole (dostęp: 28.07.2020).

[716] Internal Revenue Service, *Annual Fee on Branded Prescription Drug Manufacturers and Importers*, brak daty, https://www.irs.gov/affordable-care-act/annual-fee-on-branded-prescription-drug-manufacturers-and-importers (dostęp: 28.07.2020).

wprowadzali oni zmiany w oznakowaniu leków. Było to szczególnie istotne, gdyż wg przepisów nowy lek generyczny musiał posiadać oznakowanie odpowiadające lekowi oryginalnemu – inaczej nie mógł zostać zatwierdzony i wprowadzony na rynek. Dlatego, zapisy ustawy zezwalały na rejestrację generyku, jeśli zmiana w oznakowaniu leku oryginalnego została dokonana w krótkim czasie – tzn. 60 dni do wygaśnięcia patentu na lek oryginalny.[717]

Wsparcie nowych obszarów badań

Twórcy reformy zapewnili także fundusze dla finansowania badań nad nowymi lekami, terapiami itp. W celu usprawnienia tych procesów powołano kilka instytucji i inicjatyw. Jedną z nich jest Cures Acceleration Network (CAN) kierowana przez Narodowe Centrum Rozwoju Nauk Translacyjnych (National Center for Advancing Translational Sciences – NCATS). Instytucja ta ma za zadanie przyspieszenie prac nad wysoce potrzebnymi lekami oraz zmniejszaniem barier pomiędzy poszukiwaniem nowych rozwiązań a przeprowadzaniem badań klinicznych. NCATS w ramach CAN daje możliwość uzyskania grantów na wskazane obszary badawcze w wysokości do 15 mln USD rocznie. Możliwe jest także przyznanie nagród partnerskich (partnership awards) wymagających finansowania uzupełniającego w proporcjach 1 do 3 czy elastycznych nagród badawczych (flexible research awards) wykorzystujących specjalny mechanizm finansowania – other transactions (OT). OT pozwala na odpowiednio aktywne zarządzanie danym projektem.[718]

W ramach ObamaCare wsparcie finansowe, w postaci ulg podatkowych, mogły także uzyskać firmy zatrudniające do 250 pracowników i zajmujące się badaniami nad nowymi rodzajami terapii. Ich uzyskanie było możliwe w ramach programu The Qualifying Therapeutic Discovery Project. Aby dany projekt mógł uzyskać takie wsparcie musiał zostać pozytywnie oceniony pod kątem takich kryteriów jak: powstanie nowych terapii wykorzystywanych do leczenia w obszarach, gdzie brakuje takich innowacji;

[717] R. E. Santerre, S. P. Neun, *Health Economics: Theory, Insights, and Industry Studies*, Cengage Learning, USA 2012, s. 459.

[718] National Center for Advancing Translational Sciences, *Cures Acceleration Network*, brak daty, https://ncats.nih.gov/funding/review/can (dostęp: 28.07.2020).

wykrywanie i leczenie przewlekłych lub ostrych chorób i stanów; ograniczenie długoterminowego wzrostu kosztów opieki zdrowotnej w USA czy wykazanie znaczących postępów w leczeniu raka w ciągu 30 lat. Przyznana ulga mogła pokryć do 50% wydatków związanych z zakwalifikowaną inwestycją danej firmy, a jej maksymalna wysokość wynosiła 5 mln USD. Z kolei łączna kwota ulg to 1 mld USD. Tego typu wsparciem zostały objęte zakwalifikowane inwestycje dokonane lub planowane w latach 2009-2010.[719]

Ponadto, przepisy ObamaCare zakazują ubezpieczycielom odmowy pokrycia pacjentom kosztów rutynowych świadczeń, które są powiązane z ich udziałem w zatwierdzonych badaniach klinicznych mających na celu wykrywanie i leczenie chorób zagrażających życiu jak np. nowotwory. Ubezpieczyciele nie mogą także podejmować innych działań mających na celu dyskryminację takich osób. Przepisy te mają zachęcić większą część pacjentów do udziału w badaniach klinicznych. Wg twórców zmian, dzięki takim regulacjom, także firmy farmaceutyczne powinny zwiększyć swoją aktywność na polu badawczym.[720]

Lepsza przejrzystość relacji pomiędzy lekarzami a firmami farmaceutycznymi

Nowe regulacje objęły także obszar współpracy lekarzy z producentami leków, urządzeń medycznych i innych wyrobów medycznych dostarczanych w ramach rządowych programów Medicare, Medicaid oraz CHIP. Nowy program o nazwie National Physician Payment Transparency Program: Open Payments[721] pilotowany jest przez Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Jest on częścią pakietu zmian w ramach ObamaCare i ma na celu zapewnienie większej przejrzystości na rynku opieki zdrowotnej, a w szczególności zwiększenie świadomości społecznej na temat relacji finansowych zachodzących między producentami leków i urządzeń a niektórymi

[719] Internal Revenue Service, *Qualifying Therapeutic Discovery Projects Basic Information: Questions and Answers*, brak daty, https://www.irs.gov/newsroom/qualifying-therapeutic-discovery-projects-basic-information-questions-and-answers (dostęp: 28.07.2020).

[720] M. Lewis, *Healthcare Reform Law: Impact on Pharmaceutical Manufacturers*, 15.04.2010, https://www.morganlewis.com/-/media/files/publication/lawflashclient-alert/washington-government-relations-and-public-policy-lawflash/washgrpp_impactonpharmamanufacturers_lf_15apr10.pdf (dostęp: 28.07.2020).

[721] Potoczna nazwa to Sunshine Act.

dostawcami opieki zdrowotnej (w tym lekarzami). Wg autorów zmian ma to ograniczyć potencjalne konflikty interesów pomiędzy lekarzami lub szpitalami a producentami.[722]

Przepisy te wymagają od wspomnianych już producentów zgłaszania do CMS płatności oraz innych transferów jakie trafiają do lekarzy lub szpitali. CMS po ich otrzymaniu upublicznia je na swojej stronie internetowej. Ponadto, producenci oraz organizacje zakupów grupowych (group purchasing organizations – GPO) są zobowiązane do przekazania CMS informacji na temat udziałów lekarzy oraz ich interesów inwestycyjnych we wspomnianych podmiotach. Proces gromadzenia danych rozpoczął się od sierpnia 2013 r. i trwał do grudnia tego samego roku. Następnie dane zostały przesłane do CMS, które miało upublicznić je we wrześniu 2014 r.[723]

Raportowaniu podlegają jednorazowe płatności w wysokości przekraczającej 10 USD lub 100 USD w danym roku kalendarzowym. Producenci muszą także wskazać, czy lekarzom zostały przekazane: gotówka, określony przedmiot lub usługa, akcje, opłata za usługę konsultacji, opłata za inne usługi, opłata za wygłoszenie referatu, honorarium, prezent, wyżywienie, podróż, usługi edukacyjne, grant itp. W sytuacji braku przekazania takich danych podmioty te będą podlegały karze finansowej. Lekarze oraz inne podmioty powinny otrzymać informacje na swój temat 45 dni przed ich publikacją. Mogą one także zgłosić do nich swoje uwagi czy zastrzeżenia.[724]

---

[722] Centers for Medicare & Medicaid Services, *Affordable Care Act "Sunshine" Rule Increases Transparency in Health Care*, 01.02.2013, https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/affordable-care-act-sunshine-rule-increases-transparency-health-care (dostęp: 29.07.2020).

[723] Ibidem.

[724] S. Agrawal, N. Brennan, P. Budetti, *The Sunshine Act – effects on physicians*, „New England Journal of Medicine" 2013, nr 368, s. 2054–2056.

4.2.4. Pozostałe zmiany

Rozszerzenie kwalifikowalności do Medicaid

Ostatnim aspektem wartym uwagi są zmiany w kwalifikowalności do programu Medicaid. ObamaCare skupia się głównie na zmniejszeniu liczby osób pozostających bez ubezpieczenia. Jednym ze sposobów na osiągnięcie tego celu są omawiane już wcześniej *rynki/giełdy ubezpieczeniowe*. Oprócz nich zdecydowano się także na zwiększenie zasięgu programu Medicaid.

Beneficjentami Medicaid są osoby o niskich dochodach w każdym wieku włączając w to: noworodki, dzieci i rodziców, kobiety w ciąży, osoby niepełnosprawne, osoby cierpiące na choroby psychiczne czy biedniejsze osoby starsze. Kwalifikowalność do tego ubezpieczenia zależy od danego stanu, grupy docelowej i osiąganych dochodów. Przykładowo, w 2013 r. pracujący rodzice osiągający dochody poniżej 50% FPL mogli zostać zapisani do tego programu w 16 stanach. W kolejnych 17 stanach próg kwalifikowalności zawierał się w przedziale 50-99% FPL, a w kolejnych 18 był on równy lub wyższy niż 100% FPL. Z kolei osoby nieposiadające dzieci zazwyczaj nie kwalifikowały się do programu Medicaid.[725]

Osoby takie pozostawały więc dalej nieubezpieczone. Dlatego, w nowej ustawie znalazły się zapisy o rozszerzeniu kwalifikowalności do Medicaid poprzez utworzenie nowej grupy: dorosłych osób poniżej 65 lat, których dochody są równe lub niższe 138% FPL r. Wstępnie, zapisy ObamaCare nakładały na stany obowiązek rozszerzenia Medicaid, jednak orzeczenie Sądu Najwyższego z czerwca 2012 r. zniosło ten wymóg. Dodatkowo, wg sędziów HHS nie mógł wstrzymać przyznania federalnych funduszy wyrównawczych na *tradycyjny* program Medicaid (w celu jego dopasowania do szeregu innych wymogów ObamaCare), jeśli dany stan nie wdroży rozszerzenia Medicaid.[726]

Po tym orzeczeniu stany mogły podjąć decyzję o rozszerzeniu (lub nie) programu Medicaid. Warto także zaznaczyć, że stany które się na to zdecydują, zgodnie

[725] The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *Medicaid: A Primer. Key Information on the Nation's Health Coverage Program for Low-Income People*, Kaiser Family Foundation, Waszyngton 2013, s. 6-9.

[726] Ibidem, s. 11.

z wytycznymi CMS, nie mają ustalonego terminu na wdrożenie rozszerzenia Medicaid. Do 2020 r. na ten krok zdecydowało się 39 stanów włącznie z Dystryktem Kolumbii. Natomiast w pozostałych 12 stanach Medicaid nie zostało rozszerzone.[727] W celu finansowego odciążenia stanów rząd federalny zobowiązał się do pokrycia wszystkich dodatkowych wydatków związanych ze zwiększeniem liczby nowych ubezpieczonych w ramach rozszerzenia Medicaid. Zaangażowanie rządu federalnego w pokrywaniu tych wydatków miało stopniowo maleć i w 2020 r. wynieść 90%.[728]

Ponadto, bez względu na decyzję dotyczącą rozszerzenia Medicaid, od 2014 r. wszystkie stany musiały przyjąć i wdrożyć szereg postanowień wymaganych przez ObamaCare. Miały one na celu lepsze dostosowanie programu Medicaid do nowych wymogów. Przykładowo, stany musiały przestać stosować własne metody obliczania dochodu i przejść na zmodyfikowany skorygowany dochód brutto (Modified Adjusted Gross Income – MAGI) – zgodny z definicją kodeksu podatkowego. Inną zmianą był obowiązek korzystania z jednego, uproszczonego wniosku o ubezpieczenie Medicaid, CHIP lub o ubezpieczenie dostępne na *rynkach/giełdach* opracowanego przez sekretarza HHS – chyba, że stany otrzymają pozwolenie na stosowanie własnych wniosków. Osoby ubiegające się o takie ubezpieczenia powinny także mieć możliwość złożenia wniosku online, telefonicznie, faksem, pocztą czy osobiście. Stany musiały również usprawnić proces rejestracji przez eliminację bezpośrednich rozmów kwalifikacyjnych i testów majątkowych oraz w pierwszej kolejności, oprzeć się na wykorzystywaniu danych elektronicznych, a nie dokumentów fizycznych do weryfikacji kryteriów kwalifikowalności. Dostosowania te wymagały kolejnych nakładów, a 90% z nich było pokrywane przez rząd federalny.[729]

---

[727] Kaiser Family Foundation, *Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision*, 27.07.2020, https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/state-activity-around-expanding-medicaid-under-the-affordable-care-act/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 29.07.2020).

[728] S. M. Lyon, I. S. Douglas, C. R. Cooke, *Medicaid Expansion under the Affordable Care Act. Implications for Insurance-related Disparities in Pulmonary, Critical Care, and Sleep*, „Annals of the American Thoracic Society” 2014, nr 4, s. 662.

[729] The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *Medicaid: A Primer. Key Information on the Nation’s Health Coverage Program for Low-Income People*, Kaiser Family Foundation, Waszyngton 2013, s. 12.

4.3. Skutki wprowadzonych zmian

4.3.1. Quasi–rynek Healthcare Insurance Marketplace

Spirala śmierci (spirala przystępności) – klasyczny przebieg

Jednym z najczęściej komentowanych skutków ObamaCare jest doprowadzenie do powstania zjawiska zwanego spiralą śmierci (death spiral) na nowo utworzonych *giełdach/rynkach*. Jednakże, aby lepiej zrozumieć przebieg tego procesu, w pierwszej kolejności, należy pokrótce przedstawić istotę tego zjawiska oraz czynniki jakie mogą przyczynić się do jego wywołania.

W swojej klasycznej wersji jest to zjawisko charakterystyczne dla rynku ubezpieczeń zdrowotnych. Polega ono na tym, że do grupy ubezpieczonych o takim samym lub zbliżonym ryzyku zdrowotnym (ryzyko standardowe) dołączają kolejne osoby o wyższym ryzyku (ryzyko substandardowe) przy tym samym poziomie składki. Następuje więc zachwianie relacji pomiędzy reprezentowanym ryzykiem a odpowiednią wysokością składki. Osoby o ryzyku substandardowym, ze względu na gorszy stan zdrowia (np. wcześniej występujące choroby itp.) powinny zostać obciążone wyższą składką lub nawet nie zostać ubezpieczone, gdyż w ich przypadku występuje wyższe prawdopodobieństwo (lub nawet pewność) zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci choroby lub wypadku. Skutkuje to zwiększonym popytem na świadczenia medyczne u takich osób i tym samym większymi wydatkami ubezpieczycieli. Wówczas ubezpieczyciele podwyższają składki w celu zachowania rentowności lub uniknięcia start. Co istotne, podwyżki te obejmują zarówno osoby o ryzyku standardowym jak i substandardowym. Jednak, dla części ubezpieczonych z tej pierwszej grupy (często są to osoby młode i zdrowe) składki stają się zbyt wysokie w stosunku do ich relatywnie niskiego ryzyka zdrowotnego. Dlatego, rezygnują oni z danego ubezpieczenia lub przechodzą na jego niższy zakres z niższą składką. To z kolei powoduje, że zmniejszają się przychody ubezpieczyciela z których pokrywa on rosnące wydatki. Powstaje więc kolejna dysproporcja pomiędzy przychodami a wydatkami i w celu jej zniwelowania ubezpieczyciel (ponownie) podwyższa składki. Takie działania prowadzą jednak do dalszych rezygnacji z ubezpieczenia co niejako wymusza kolejne podwyżki składek itd.

Jest to więc swego rodzaju błędne koło zwane właśnie spiralą śmierci. Na jej końcowym etapie ubezpieczone pozostają już tylko osoby najbardziej zdeterminowane – jeśli ubezpieczyciel wcześniej nie zamknie całego programu. W tym przypadku spirala ma dynamiczny przebieg, podczas którego ubezpieczenie staje się coraz mniej przystępne (cenowo) przynajmniej dla części osób objętych danym planem zdrowotnym – skąd pochodzi także inna nazwa tego procesu, czyli spirala przystępności.[730]

Za główną przyczynę powstania tego zjawiska uznaje się negatywną selekcję, czyli przyjęcie do ubezpieczenia osób o wyższym lub nieakceptowanym ryzyku zdrowotnym, co należy uznać za błąd firmy ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel, w celu jej ograniczenia, powinien więc usprawnić proces oceny ryzyka. Należy także podkreślić, że ubezpieczyciele mają możliwości do szybkiego reagowania na tego typu sytuacje, dlatego przypadki występowania spirali śmierci nie są zbyt częste i mogą dotyczyć wybranych produktów ubezpieczeniowych.

Możliwe są również sytuacje w których spirala obejmuje cały system czy grupę ubezpieczycieli np. na skutek kryzysów gospodarczych, które negatywnie odbijają się na dochodach osób młodych i relatywnie zdrowych dla których posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego nie musi znajdować się wysoko w hierarchii potrzeb.[731]

Jeszcze innym powodem wystąpienia spirali jako następstwa negatywnej selekcji mogą być rządowe regulacje obejmujące rynek ubezpieczeń zdrowotnych (np. obowiązek przyjmowania do ubezpieczenia osób chorych itp.). Wówczas wzrost składek i ubytek ubezpieczonych nie jest wynikiem błędnej oceny ryzyka, ale konsekwencją wymogów stawianych przez regulatorów.

Warto także podkreślić, że spirala śmierci może mieć dynamiczny przebieg (np. kilka lat) lub trwać nawet kilka dekad. Ten drugi przypadek może mieć miejsce np. w sytuacji, kiedy ubezpieczyciel oferujący ubezpieczenie w wariancie indywidualnym uniemożliwia kolejnym chętnym przystąpienie do takiego planu (tzw. *closed block*). W efekcie do puli ubezpieczonych nie przystępują już nowe (młode i zdrowe) osoby.

---

[730] Chociaż w tym przypadku równe dobrze można by określić ją jako spiralę cenowej (nie)przystępności.

[731] T. McKeown, *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Czynniki wspierające rozwój i bariery. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne jako element systemu opieki zdrowotnej w Irlandii*, „Wiadomości ubezpieczeniowe. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Efektywny system na tle doświadczeń europejskich” 2013, nr 4, s. 83.

Wraz z upływem lat i występowaniem z ubezpieczenia kolejnych osób ubezpieczonych pozostaje coraz więcej osób o wyższym ryzyku zdrowotnym co prowadzi do wzrostu składek. Ubezpieczyciel może także przedłużać ten proces pokrywając straty z innych źródeł.[732]

Regulacje ObamaCare a spirala śmierci

W związku z tym, że spiralę śmierci można uznać za konsekwencję wcześniejszego pojawienia się negatywnej selekcji twórcy reformy stanęli przed dużym wyzwaniem uniknięcia tego negatywnego zjawiska. W tym kontekście opisane w poprzednim podrozdziale kluczowe regulacje ObamaCare należy uznać za elementy mające zapobiec wzrostowi składek na wielu polach. Negatywna selekcja nie mogła zostać cofnięta, gdyż to byłoby sprzeczne z nadrzędnym celem ustawy a mianowicie objęciem ubezpieczeniem osób wcześniej nieubezpieczonych i chronicznie chorych. Stąd nie powinno dziwić zapewnienie rządowych środków mających być swego rodzaju *rekompensatą* dla ubezpieczycieli, którzy w zamian mieli nie podwyższać składek oraz subsydiów dla osób o niższych dochodach. Także obowiązek posiadania ubezpieczenia miał zwiększyć liczbę ubezpieczonych o niższym ryzyku zdrowotnym dotujących tych o wyższym ryzyku. Z kolei jednakowy zakres ubezpieczenia miał wyeliminować potencjalne *migracje* z jednych planów zdrowotnych do drugich.

Twórcy reformy byli świadomi tych wszystkich negatywnych konsekwencji stąd tak szeroki zakres zmian. Z perspektywy ekonomii należy jednak podkreślić, że zmiany te mogły doprowadzić nie tyle do zatrzymania spirali śmierci (i działania praw ekonomii), a jedynie do próby przeniesienia ekonomicznego ciężaru jej oddziaływania na inne grupy społeczne niż ubezpieczeni w ramach *giełd/rynków*. W tym sensie, jak zostanie to przedstawione w dalszej części niniejszego podrozdziału, spirala śmierci wywołana przez ObamaCare nie wystąpiła w swojej klasycznej formie. Nie powinno to jednak dziwić ze względu na jej nierynkowe przyczyny. Należy także podkreślić, że za nieklasyczny rozwój tego zjawiska odpowiada wiele czynników występujących z opóźnieniem jak i decyzje podejmowane między innymi przez ubezpieczycieli czy gospodarstwa domowe

[732] Więcej na ten temat zob. H. E. Frech, M. P. Smith, *Anatomy of a Slow-Motion Health Insurance Death Spiral*, „North American Actuarial Journal” 2015, nr 1, s. 60–72.

w warunkach dużej niepewności.

Co ciekawe, z problemem negatywnej selekcji wywołanej przez rządowe regulacje rynek ubezpieczeń zdrowotnych zmagał się już od dawna. W wielu stanach nieustannie rosła liczba przepisów wymagających pokrywania coraz szerszego zakresu świadczeń. Ponadto, na długo przed ObamaCare, bo już w latach 1990-1996 szesnaście stanów uchwaliło przepisy znacząco ułatwiające możliwość przystąpienia do ubezpieczenia osobom z problemami zdrowotnymi. Doprowadziło to do sytuacji, w której wzrost liczby nieubezpieczonych był w tych stanach ośmiokrotnie wyższy w porównaniu, do stanów które nie wprowadziły podobnych regulacji. Wynikało to głównie z faktu, że część zdrowych osób przestała się ubezpieczać – właśnie dzięki bardziej *liberalnym* przepisom nakazującym ubezpieczycielom przyjmować do ubezpieczenia także osoby już chorujące. Osoby zdrowe nie odczuwały więc już tak dużej presji związanej z wykupem ubezpieczenia. Następnie, na skutek zmniejszenia się puli zdrowych ubezpieczonych składki zaczęły rosnąć powodując kolejne odejścia oraz dalsze wzrosty składek.[733] Ubezpieczenie stawało się coraz mniej atrakcyjne dla osób o niskim ryzyku zdrowotnym – co jest jednym ze skutków spirali śmierci. Zjawisko to zostało więc wywołane przez narastającą negatywną selekcję w wielu stanach i miało charakter systemowy tzn. nie dotyczyło jednego ubezpieczyciela czy planu zdrowotnego.

Wzrost liczby (oraz odsetka) osób nieubezpieczonych wciąż postępował co powodowało coraz większe zaniepokojenie i presję polityczną. Równolegle stale malała liczba osób posiadających prywatne ubezpieczenia. Między 2000 a 2010 r. spadła ona z 205,5 mln do 196 mln ubezpieczonych przy stale rosnącej populacji. David A. Hyman i Charles Silver wskazują także, że mniejsza liczba ubezpieczonych miała jednak pewien (pozytywny) wpływ na spadek tempa wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną. Na początku XXI w. (2002 r.) wynosiło ono około 10%, podczas gdy później już systematycznie spadało by w 2013 r. wynieść około 3%.[734]

Niewątpliwie wydarzenia te nie uszły uwadze polityków i były jedną z przyczyn chęci wprowadzenia kolejnych regulacji. Zlekceważono jednak fakt, że to właśnie

---

[733] J. C. Goodman, G. L. Musgrave, D. M. Herrick, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, Fijorr Publishing Company, Warszawa 2008, s. 218.

[734] D. A. Hyman, C. Silver, *Overcharged: Why Americans Pay Too Much For Health Care*, Cato Institute, USA 2018, s. 289.

stanowe regulacje w znacznej mierze przyczyniły się do wywołania negatywnej selekcji i zapoczątkowania cyklu spirali śmierci. Problem ObamaCare polegał na tym, że do zwalczania starych problemów zastosowano te same środki, ale na większą skalę.

I Etap spirali – wzrost wysokości składek

Analizę przebiegu spirali śmierci na rynkach/giełdach można rozłożyć na kilka etapów występujących tuż po sobie lub równolegle. Pozwoli to na lepsze zrozumienie złożoności tego zjawiska.

Mimo, że negatywna selekcja była faktem ubezpieczyciele nie przeszli od razu do znacznej podwyżki składek. Wynikało to z między innymi z faktu, że potrzebowali oni czasu na dostosowanie się do nowych uwarunkowań, pozyskanie odpowiedniej ilości danych odnośnie liczby ubezpieczonych oraz kosztów czy przetestowanie rządowych programów wsparcia w celu obrania określonej strategii cenowej.

Niemniej, jak się okazało podwyżki były tylko kwestią czasu. Można wskazać kilka przyczyn tego stanu rzeczy. Jedną z nich było to, że ubezpieczyciele mieli ograniczone możliwości różnicowania składek w oparciu o poszczególne kryteria. Przykładowo, składka pobierana od starszych ubezpieczonych mogła być maksymalnie trzykrotnie wyższa od składki młodszych ubezpieczonych. Tymczasem przed ObamaCare rynkowy standard wynosił nie 3 do 1, ale 5 do 1. Jedno z badań z 2013 r. oszacowano, że ograniczenie to może spowodować roczny wzrost składki dla osób w wieku 21-27 lat o 850 USD. Z kolei dla osób w wieku 57-64 lat składka mogła spaść o 1.770 USD.[735]

Inne szacunki, opublikowane przez Manhattan Institute w 2013 r. także wskazywały na wzrost składek dla młodszych ubezpieczonych pomiędzy 2014 a 2013 r. związany z wejściem w życie ObamaCare. Szacunki te porównują najtańsze plany z 2013 r.[736] dla kobiet i mężczyzn osób w wieku 27, 40 oraz 64 lat do szacowanych składek w 2014 r.[737] Mimo, że nie oddawały one w pełni całego zakresu zmian to jednoznacznie wskazywały na znaczną (tzn. co najmniej dwucyfrową) podwyżkę dla

[735] D. McGuff, R. P. Murphy, *The Primal Prescription*. Primal Blueprint Publishing, USA 2015, s. 92-93.
[736] Ostatni rok przed ObamaCare.
[737] Manhattan Institute, *Obamacare Map*, brak daty, https://www.manhattan-institute.org/knowyourrates (dostęp: 12.08.2020).

młodszych osób w zdecydowanej większości stanów. Przykładowo, stanem o najwyższym prognozowanym wzroście była Nevada, gdzie dla mężczyzny w wieku 27 lat prognozowany wzrost wysokości składki oszacowano na 289% (z 71 do 276 USD) a dla 40 latka 183% (z 119 do 337 USD). Z kolei szacowane składki dla kobiet w wieku 27 i 40 lat wzrosły odpowiednio o 106% (z 134 do 276 USD) i o 194% (z 174 do 337 USD). Dane opublikowane przez badaczy z Manhattan Institute jasno pokazują, że ObamaCare stworzyło podwaliny pod przyszłe częściowe rezygnacje ze zdrowotnych planów ubezpieczeniowych młodych i zdrowych osób. Co ciekawe, wzrosty składek miały dotyczyć także wiele osób w wieku 64 lat. Z kolei, szacowane obniżki składek objęły jedynie kilka stanów (tabela 16).

Tabela 16. Wybrane prognozowane wzrosty składek (USD) indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych przed i po wejściu w życie ObamaCare (2013-2014)

Stan	Wiek	Płeć	Składka (USD) przed ACA – 2013 r.	Składka (USD) w pierwszym roku ACA – 2014 r.	Zmiana
Arkansas	27	M	54,96	192,41	250,1%
	27	K	91,64	192,41	110%
	40	M	81,90	234,64	186,5%
	40	K	125,81	234,64	86,5%
	64	M	287,94	550,80	91,3%
	64	K	268,20	550,80	105,4%
Indiana	27	M	165,82	210,97	27,2%
	27	K	210,69	210,97	0,1%
	40	M	223,60	257,27	15,1%
	40	K	333,69	257,27	-22,9%
	64	M	712,21	603,92	-15,2%
	64	K	692,51	603,92	-12,8%
Nevada	27	M	71,71	276,85	286,1%
	27	K	134,96	276,85	105,1%
	40	M	119,91	337,60	181,6%
	40	K	174,90	337,60	93%
	64	M	353,10	792,50	124,4%
	64	K	345,17	792,50	129,6%
Utah	27	M	109,62	175,79	60,4%
	27	K	112,93	175,79	55,7%
	40	M	161,27	187,04	16%
	40	K	161,27	187,04	16%
	64	M	362,38	379,40	4,7%
	64	K	362,38	379,40	4,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Manhattan Institute, *The Obamacare Impact*, brak daty, https://media4.manhattan-institute.org/sites/default/files/knowyourrates/index.htm# (dostęp: 12.08.2020).

Innym powodem tak znacznych wzrostów składek było to, że ochroną ubezpieczeniową w ramach *giełd/rynków* zostały objęte osoby o wysokim ryzyku zdrowotnym, a niektórym z nich (przed 2014 r.) odmawiano przyjęcia do ubezpieczenia ze względu na poważne i wcześniej występujące problemy zdrowotne.[738] Przykładowo, wg badań opublikowanych już w połowie 2014 r. na łamach Wall Street Journal, odsetek osób z poważnymi schorzeniami wyniósł 27% dla ubezpieczonych na *rynkach/giełdach* i 21% dla ubezpieczonych posiadających plany zgodne z ObamaCare poza nimi. Tymczasem w przypadku indywidualnych kontynuowanych planów (grandfathered plans) odsetek takich osób wyniósł już 12% oraz 16% dla planów wznowionych (wcześniej anulowanych).[739] Jest to o tyle istotne, gdyż relatywnie niewielki odsetek ubezpieczonych generuje większą część wydatków. Warto przypomnieć, że w USA tylko 10% ludności konsumuje około 72% wydatków zdrowotnych, a osoby najbardziej potrzebujące świadczeń medycznych, stanowiące 2% ludności, wykorzystują aż 41% wydatków zdrowotnych.[740]

Prowadzi to do jasnej konkluzji, że nawet niewielka liczba ubezpieczonych o wysokim ryzyku zdrowotnym może wywołać znaczny wzrost cen. Dlatego, tak zauważalny wzrost wysokości składek już kilka lat po utworzeniu *giełd/rynków* nie powinien dziwić. Przykładowo, w latach 2014-2020 średnia wysokość składki dla najpopularniejszego planu srebrnego dla 40'letniego mężczyzny wzrosła z 273 USD do 462 USD (wzrost o 69%). Sam wzrost nie był liniowy swój szczyt osiągając (póki co) w 2018 r., kiedy średnia wysokość składki wzrosła do 481 USD (wzrost o 76%). Pojawiły się także stany, gdzie wzrosty te były zdecydowanie wyższe (np. Iowa – 193%) jak i bardziej umiarkowane (New Jersey – 21%) (tabela 17).

---

[738] D. A. Hyman, C. Silver, *Overcharged: Why Americans Pay Too Much For Health Care*, Cato Institute, USA 2018, s. 292.

[739] A. M. Mathews, C. Weaver, *Sick Drawn to New Coverage: High Rates of Serious Conditions in Health Law Plans Put Pressure on Premiums*, 24.06.2014, https://www.wsj.com/articles/sick-drawn-to-new-coverage-in-health-law-plans-1403656445 (dostęp: 12.08.2020).

[740] J. C. Goodman, G. L. Musgrave, D. M. Herrick, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, Fijorr Publishing Company, Warszawa 2008, s. 276-277.

Tabela 17. Średni wzrost składek na rynkach/giełdach w latach 2014-2020 (USD)

	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Zm. %**
Średnia wysokość składek	273	276	299	359	481	478	462	69%
Stany z najwyższymi wzrostami składek								
Iowa	253	265	300	379	713	762	742	193%
Nebraska	249	296	332	507	767	838	711	185%
Oklahoma	213	226	306	518	659	696	601	182%
Tennessee	197	233	287	472	743	548	511	159%
Hawaje	183	262	262	330	438	493	474	159%
Stany z najniższymi wzrostami składek								
Rhode Island	293	263	263	261	311	336	332	13%
Indiana	328	323	282	278	339	339	387	18%
New Jersey	323	316	332	348	413	352	392	21%
Arkansas	294	285	298	281	364	378	365	24%
Massachusetts	268	261	257	250	316	332	343	28%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaiser Family Foundation, *Marketplace Average Benchmark Premiums*, brak daty, https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/marketplace-average-benchmark-premiums/?currentTimeframe=0&selectedDistributions=2014--2020&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 12.08.2020).

Uwagi: Dane dotyczą drugiego najniższego wariantu planu srebrnego (2nd Lowest Cost Silver) dla 40-stoletniego niepalącego mężczyzny osiągającego roczne dochody w wysokości 30.000 USD (dane pochodzą z HealthCare.gov oraz z danych udostępnianych przez poszczególne stany) – benchamrk.

Wzrost składek jest jeszcze bardziej odczuwalny dla młodszych ubezpieczonych – np. składka dla 27-letniego mężczyzny (plan srebrny) wzrosła średnio o 78% w tym samym okresie (rysunek 50). Dla porównania wskaźnik CPI dla opieki medycznej wzrósł o niecałe 19%[741] a sam CPI o 10% w tym samym okresie.[742] Ponadto, wzrosty te byłyby jeszcze wyższe uwzględniając jako rok bazowy rok 2013 a nie 2014.

Znacząco wzrosły także składki dla ubezpieczeń w wariantach rodzinnych. Przykładowo średnia składka za ubezpieczenie dla 4-osobowej rodziny wzrosła z 810 USD w 2015 r.[743] do 1.520 USD w 2020 r. (wzrost o 88%).[744]

---

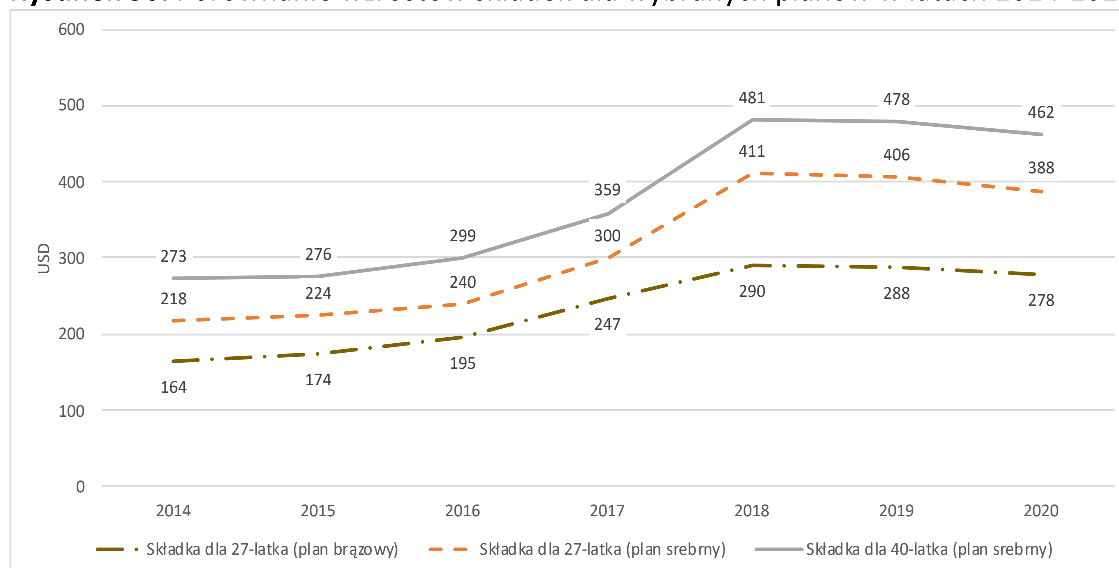
[741] FRED, *Consumer Price Index for All Urban Consumers: Medical Care in U.S. City Average (CPIMEDSL)*, brak daty, https://fred.stlouisfed.org/series/CPIMEDSL#0 (dostęp: 12.08.2020).

[742] FRED, *Consumer Price Index for All Urban Consumers: All Items in U.S. City Average (CPIAUCSL)*, brak daty, https://fred.stlouisfed.org/series/CPIAUCSL#0 (dostęp: 12.08.2020).

[743] K. Avery i in., *Health Plan Choice And Premiums In The 2016 Health Insurance Marketplace*, 30.10.2015, https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/135461/2016%20Marketplace%20Premium%20Landscape%20Issue%20Brief%2010-30-15%20FINAL.pdf (dostęp: 12.08.2020)

[744] Centers for Medicare & Medicaid Services, *Plan Year 2020 Qualified Health Plan Choice and Premiums in HealthCare.gov States*, 22.10.2019, https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Data-Resources/Downloads/2020QHPPremiumsChoiceReport.pdf (dostęp: 12.08.2020)

Rysunek 50. Porównanie wzrostów składek dla wybranych planów w latach 2014-2020



Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Avery i in., *Health Plan Choice And Premiums In The 2016 Health Insurance Marketplace*, 30.10.2015, https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/135461/2016%20Marketplace%20Premium%20Landscape%20Issue%20Brief%2010-30-15%20FINAL.pdf (dostęp: 12.08.2020); Centers for Medicare & Medicaid Services, *Plan Year 2020 Qualified Health Plan Choice and Premiums in HealthCare.gov States*, 22.10.2019, https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Data-Resources/Downloads/2020QHPPremiumsChoiceReport.pdf (dostęp: 12.08.2020); Kaiser Family Foundation, *Marketplace Average Benchmark Premiums*, brak daty, https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/marketplace-average-benchmark-premiums/?currentTimeframe=0&selectedDistributions=2014--2020&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 12.08.2020); Department of Health and Human Services, *Health Plan Choice and Premiums in the 2018 Federal Health Insurance Exchange*, 30.10.2017, https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/258456/Landscape_Master2018_1.pdf (dostęp: 12.08.2020).

Uwagi: Dane dotyczą poszczególnych planów:

drugiego najniższego wariantu planu srebrnego (2nd Lowest Cost Silver) dla 40-stoletniego niepalącego mężczyzny osiągającego roczne dochody w wysokości 30.000 USD (dane pochodzą z HealthCare.gov oraz z danych udostępnianych przez poszczególne stany) – benchamrk;

drugiego najniższego wariantu planu srebrnego (2nd Lowest Cost Silver) oraz najniższego planu brązowego (Lowest Cost Plan – LCP) dla 27-stoletniego niepalącego mężczyzny o rocznych dochodach w wysokości 25.000 USD (dane pochodzą z HealthCare.gov).

Podane wysokości składek nie uwzględniają przyznanych ulg podatkowych.

Problem negatywnej selekcji został zaostrzony jeszcze bardziej przez zdecydowanie niższą niż oczekiwano liczbę zapisów do poszczególnych planów. W 2015 r. nie doprowadziło to jeszcze do znacznych wzrostów składek, gdyż ubezpieczyciele nie posiadali wystarczających danych (chociażby o szkodowości). Jednak, jak wskazuje Robert Laszewski – ekspert ubezpieczeniowy i prezes Health Policy and Strategy Associates – już w 2015 r. zaczęły pojawiać niepokojące informacje zwiastujące znaczne wzrosty składek. Pierwszym sygnałem była jak już wspomniano niższa rejestracja do nowych planów. Na rynku ubezpieczeniowym normą jest objęcie

ochroną przynajmniej 75% osób kwalifikujących się do ubezpieczenia. Tymczasem na *rynkach/giełdach* wskaźnik ten został osiągnięty tylko w stanie Vermont (75%) podczas gdy w pozostałych był już wyraźnie niższy. W stanie Iowa wartość ta wyniosła tylko 20%. Jest to istotne dlatego, że liczba zapisów znacznie zwolniła w 2015 r. (10-20%) w większości stanów co znacząco odbiegało od celów wyznaczonych przez ObamaCare wg których liczba ubezpieczonych powinna być dwukrotnie wyższa.[745]

Ponadto, Laszewski zwraca uwagę na fakt, że najwyższe wzrosty składek (15-35%) były sygnalizowane przez ubezpieczycieli mających największe udziały w *rynkach/giełdach*, gdzie liczba osób uprawnionych to tego typu ubezpieczenia znacząco odbiega od 75% (tabela 18). Mimo, że w 2016 r. średni wzrost składek (tabela 17) wyniósł 8%, to wyższych podwyżek zgłaszanych przez te podmioty nie należy bagatelizować z uwagi na fakt, że posiadają oni największą liczbę danych najpełniej oddającą strukturę ryzyka i koszty. Inną kwestią jest to, że ubezpieczyciele działają w warunkach niepewności co oznacza, że plany tych podwyżek nie były efektem czegoś na wzór zmowy cenowej – wobec tego mniejsi gracze nie spodziewali się takich działań ze strony ich konkurentów. Ubezpieczyciele mogą bowiem obierać znacząco różniące się od siebie strategie między innymi z uwagi na ilość danych, doświadczenie w ocenie ryzyka, plany rozwoju itp. Jednak po pewnym okresie, mimo tych różnic osiągają oni podobne wyniki w procesie oceny ryzyka.

W kontekście *rynków/giełd* oznacza to, że więksi gracze wcześniej przewidzieli wzrost składek[746] i byli lepiej zorientowani w sytuacji na danym rynku niż ich mniejsi konkurenci.

---

[745] R. Laszewski, *Why Are The 2016 Obamacare Rate Increases So Large?*, 10.06.2015, https://www.forbes.com/sites/realspin/2015/06/10/why-are-the-2016-obamacare-rate-increases-so-large/#304f74a5103e (dostęp: 13.08.2020).

[746] Ibidem.

Tabela 18. Zgłaszane/szacowane wzrosty składek przez głównych ubezpieczycieli w poszczególnych stanach na 2016 r.

Ubezpieczyciel	Stan	Opis	Procent ubezpieczonych w danym stanie ze wszystkich osób kwalifikujących się
CareFirst Blue Cross of Maryland	Maryland	Ubezpieczyciel zgłosił 34% podwyżki dla swojego planu typu PPO i 26,7% podwyżki dla planu HMO. CareFirst ma 80% udziału w stanowym *rynku/giełdzie*.	30%
Moda; Lifewise	Oregon	Największy ubezpieczyciel z 52% udziałem w *rynku/giełdzie*, Moda, zgłosił 25,6% podwyżki składek. Lifewise, z 19% udziałem w rynku, zgłosił 38,5% podwyżki.	35%<
Blue Cross Blue Shield of Tennessee; Humana	Tennessee	Blue Cross Blue Shield of Tennessee z 70% udziałem w rynku planuje podwyższyć składki średnio o 36,3%. Z kolei drugi największy ubezpieczyciel, Humana, zgłasza 15,8% podwyżki.	40%<
Humana	Georgia	Humana mająca 53% udział w stanowym rynku zgłasza podwyżki w przedziale 14,8–19,4%	b.d.
Wellmark Blue Cross; Coventry	Iwoa	Wellmark Blue Cross prosi o zgodę na podwyżki o około 43% a Coventry o 18%.	25%
Departament Ubezpieczeniowy	Kansas	Departament Ubezpieczeniowy stanu Kansas zapowiedział, że składki wzrosną o około 38%.	40%<
Highmark; Geisinger HMO	Pensylwania	Lider na stanowym rynku, Highmark, zgłosił podwyżki od 13,5% do 39,65%. Inny ubezpieczyciel, Geisinger HMO, planował podwyższyć składki od 40,6% do 58,4%.	50%
Primera Blue Cross; Coordinated Care; Lifewise; Regence	Waszyngton	Lider rynku, Primera Blue Cross, zgłasza składki wyższe o 9,6%. Inni znaczący ubezpieczyciele w tym stanie (Coordinated Care, Lifewise, Regence) wycofują swoje plany i zastępują je nowymi. Zakres zmian składek dla pozostałych planów zawiera się w przedziale od -10,86% do 19,3%.	30%
Anthem; Connecticare	Connecticut	Anthem mający 33% udziałów w rynku zgłosił podwyżki o 6,7%, a drugi największy gracz, Connecticare, o 2%. Pozostałe wzrosty zawierają się w przedziale od 5,2% do 33%.	45%
Blue Cross Blue Shield (BCBS)	Michigan	Lider rynku, BCBS z 65% udziałem w rynku, zgłasza podwyżki dla swoich dwóch planów o 9,7% i 11,3%. Inne zmiany wysokości składek wahają się od -12,6% do 42,2%.	45%
Blue Cross Blue Shield (BCBS)	Vermont	BCBS zgłasza podwyżki o 8,3%. Pozostałe zmiany składek zawierają się w przedziale od 4,7% do 14,3%.	75%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Laszewski, *Why Are The 2016 Obamacare Rate Increases So Large?*, 10.06.2015, https://www.forbes.com/sites/realspin/2015/06/10/why-are-the-2016-obamacare-rate-increases-so-large/#304f74a5103e (dostęp: 13.08.2020).

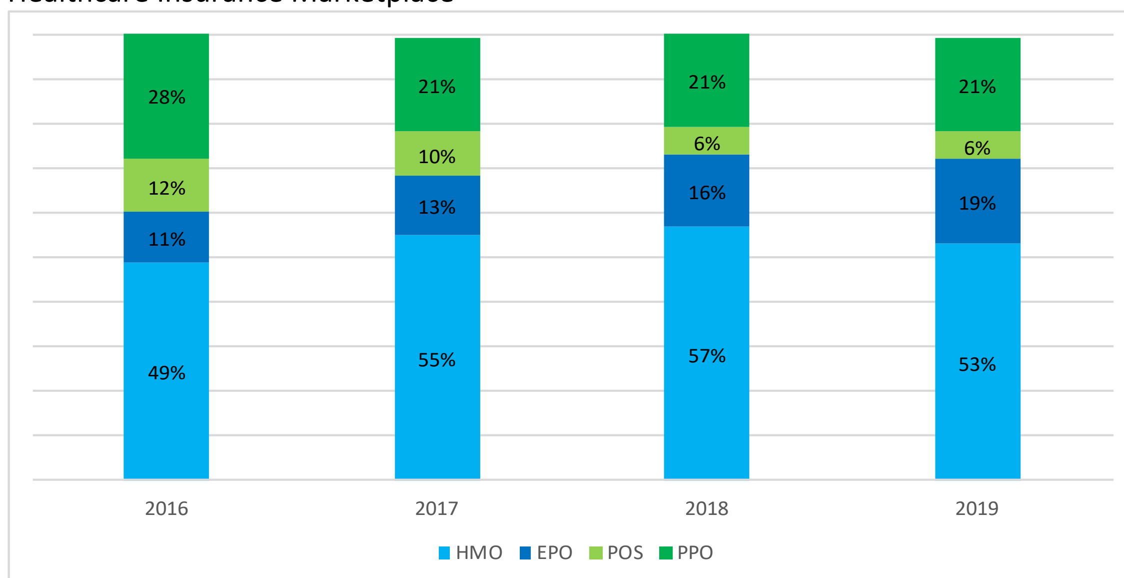
Warto także wskazać na jeszcze jeden problem z ustaleniem wzrostu cen ubezpieczeń. Mimo, że ObamaCare nakłada na ubezpieczycieli obowiązek oferowania tego samego zakresu ubezpieczenia, to jednak wymóg ten nie odnosi się już do wyboru sieci dostawców. W przypadku amerykańskiego rynku ubezpieczeń zdrowotnych można wyróżnić plany z szerszą i węższą siecią dostawców. Bardziej ograniczone sieci są jednym ze sposobów na zmniejszanie kosztów przez ubezpieczycieli. Takie restrykcyjne sieci są obecne w planach takich jak Health Maintenance Organizations (HMO) czy Exclusive Provider Organizations (EPO). Z kolei do planów z większym wyborem dostawców zaliczyć można Preferred Provider Organizations (PPO) and Point of Service (POS) – są one relatywnie droższe od HMO czy EPO, ale dają możliwość do skorzystania ze świadczeń medycznych także poza daną siecią. Dla ubezpieczonych wybór ubezpieczenia z ograniczoną siecią dostawców może się okazać więc problematyczny w sytuacji, gdy będzie on chciał skorzystać z usług konkretnego lekarza itp. W kontekście ObamaCare jest to szczególnie istotne, gdyż wg badań opublikowanych przez firmę analityczną Avalere na *rynkach/giełdach* zdecydowana większość planów zdrowotnych to plany typu HMO i EPO, a więc o węższej sieci dostawców. Co więcej udział HMO jak i EPO wzrósł w ostatnich latach podczas gdy PPO i POS malał (rysunek 51).[747]

Inaczej sytuacja wygląda w przypadku planów zawieranych przez pracodawcę, gdzie udział PPO i POS jest zdecydowanie wyższy i w 2019 r. wynosił odpowiednio 52% i 9% podczas gdy udział HMO to jedynie 12%.[748] Zatem, większy udział planów z szerszą siecią dostawców na *rynkach/giełdach* niewątpliwie znalazł by swoje odbicie w wyższych składkach.

[747] E. Carpenter, C. Sloan, *Health Plans with More Restrictive Provider Networks Continue to Dominate the Exchange Market*, 04.12.2018, https://avalere.com/press-releases/health-plans-with-more-restrictive-provider-networks-continue-to-dominate-the-exchange-market (13.08.2020).

[748] Kaiser Family Foundation, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA 2019, s. 8.

Rysunek 51. Udział poszczególnych planów zdrowotnych w ramach Healthcare Insurance Marketplace



Źródło: opracowanie własne na podstawie: E. Carpenter, C. Sloan, *Health Plans with More Restrictive Provider Networks Continue to Dominate the Exchange Market*, 04.12.2018, https://avalere.com/press-releases/health-plans-with-more-restrictive-provider-networks-continue-to-dominate-the-exchange-market (13.08.2020).

Co więcej, ubezpieczyciele zaczęli stosować różnie praktyki w celu zniechęcenia do wyboru ich planów zdrowotnych przez osoby o złym stanie zdrowia. Jedno z badań pokazało, że łatwym sposobem na identyfikację takich ubezpieczonych jest zgłaszany przez nie popyt na leki na receptę. Następnie ubezpieczyciele tworzyli np. nieprzejrzyste elektroniczne formularze dla takich osób, które utrudniały im zapisanie się do danych planów zdrowotnych. Ponadto, takie plany zdrowotne: nie pokrywały zakupu leków, których potrzebowali przewlekle chorzy; posiadały większą ilość obowiązkowych zamienników czy wyższe udziały w wydatkach bezpośrednich ponoszonych przez ubezpieczonych.[749]

Wg Michaela F. Cannona z Cato Institute oferowanie przez ubezpieczycieli wysokiej jakości planów zdrowotnych jest problematyczne z tego względu, że przyciągają on więcej osób o bardzo wysokim ryzyku zdrowotnym generujących najwyższe koszty tzn. pacjentów chorujących między innymi na: stwardnienie rozsiane, reumatoidalne zapalenie stawów, niepłodność oraz inne kosztowne schorzenia. W efekcie, ubezpieczyciele stosują wobec takich osób wyższe limity wydatków

[749] Więcej na ten temat zob. M. Geruso, T. Layton, D. Prinz, *Screening in Contract Design: Evidence from the ACA Health Insurance Exchanges*, „American Economic Journal: Economic Policy” 2019, nr 2, s. 64-107.

bezpośrednich (np. udziału własnego), wąskie sieci dostawców wykluczające wiodące ośrodki medyczne czy nieprecyzyjne katalogi dostawców.[750]

II Etap – wyższe ulgi podatkowe dla osób o niższych dochodach

Znaczny wzrost składek przełożył się także na wyższe ulgi podatkowe (Advanced Premium Tax Credit – APTC) [751] jakie otrzymują ubezpieczeni osiągający dochody w przedziale 100-400 FPL. Było to koniecznie, gdyż bez tego wsparcia nie byliby oni w stanie pokryć wyższych składek (zarówno w pierwszym roku ObamaCare jak i kolejnych latach) co skutkowałoby ich rezygnacją z ubezpieczenia. Ujmując to inaczej wysokość ulgi musiała wzrosnąć na tyle, aby część wysokości składki opłacana przez ubezpieczonego pozostała na tym samym poziomie lub nieznacznie zmienionym poziomie. Największy wzrost wysokości przyznanych ulg miał miejsce w latach 2017-2018, czyli w okresie znacznego wzrostu składek. Z kolei spadkowi wysokości przyznanych ulg w latach 2019-2020 towarzyszyło nieznaczne obniżenie wysokości składek na *rynkach/giełdach* (tabela 19).

W ciągu sześciu lat wysokość APTC wzrosła o 93% podczas gdy składka zwiększyła się o 62%. Zauważalna jest także tendencja do zmniejszającego się wkładu (w składkę) ubezpieczonych. Nie powinno to dziwić, chociażby ze względu na fakt, że ze wszystkich 8,2 mln ubezpieczonych przez HealthCare.gov w 2020 r. aż 71% osiągało dochody odpowiadające 100-250% FPL. [752] Wymagało to więc angażowania coraz większych funduszy rządowych. Ubezpieczyciele ustalali bowiem coraz wyższe składki bez względu na podział wydatków pomiędzy ubezpieczonymi a rządem.

[750] M. F. Cannon, *How ObamaCare Punishes the Sick*, 28.02.2017, https://www.wsj.com/articles/how-obamacare-punishes-the-sick-1488327340 (dostęp: 13.08.2020).

[751] Bardziej formalnie APTC można określić jako zaliczka na poczet ulgi podatkowej, ale w tym fragmencie, z uwagi na brak polskiego odpowiednika, będzie stosowana bardziej uproszczona nazwa – ulga podatkowa. Tax credit można równiez określić mianem "wsparcia podatkowego".

[752] Centers for Medicare & Medicaid Services, *Health Insurance Exchanges 2020 Open Enrollment Report*, 01.04.2020, https://www.cms.gov/files/document/4120-health-insurance-exchanges-2020-open-enrollment-report-final.pdf (dostęp: 14.08.2020).

Tabela 19. Średnia wysokość przyznanej ulgi podatkowej (APTC) w latach 2015-2020

Rok	Średnia miesięczna wysokość składki dla ubezpieczonych, którym przysługuje ulga (APTC)	Średnia wysokość ulgi (APTC)	Składka po uwzględnieniu ulgi (APTC)	Stosunek ulgi do wysokości składki	l. ubezpieczonych uprawnionych do ulgi (APTC)
2015	374 $	268 $	105 $	72%	6.502.118
2016	408 $	294 $	113 $	72%	7.071.600
2017	489 $	383 $	106 $	78%	7.190.000
2018	639 $	550 $	89 $	86%	7.447.615
2019	626 $	539 $	87 $	86%	7.325.211
2020	606 $	517 $	89 $	85%	7.205.225

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaiser Family Foundation, *Marketplace Average Premiums and Average Advanced Premium Tax Credit (APTC)*, brak daty, https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/marketplace-average-premiums-and-average-advanced-premium-tax-credit-aptc/?currentTimeframe=3&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 13.08.2020); Coroczne dane publikowane przez Department of Health and Human Services na temat liczby ubezpieczonych w ramach Healthcare Insurance Marketplaces.

Uwagi: Tabela zawiera dane na temat składek dla ubezpieczonych uprawnionych do APTC w stanach, które korzystały z witryny HealthCare.gov w poszczególnych latach.

Znaczące podwyżki wysokości ulg były widoczne już 2017 r. Było to związane między innymi z wygaśnięciem (w 2016 r.) dwóch rządowych programów wsparcia dla ubezpieczycieli: korytarzy ryzyka oraz programu reasekuracji. Ubezpieczyciele musieli więc podwyższyć składki w celu rekompensaty utraconych źródeł przychodów. W zdecydowanej większości stanów wzrosty (w ujęciu procentowym były dwucyfrowe), a w jedenastu nawet trzycyfrowe. Tylko w czterech stanach odnotowano spadki (tabela 20).[753]

Dodatkowe wydatki związane ze wzrostem składek ubezpieczeń nie obejmują więc ubezpieczonych, którym przysługuje APTC – różnicę ponosi rząd a w zasadzie podatnicy. W przeciwnym wypadku wielu ubezpieczonych poprzez rynki/giełdy bardzo szybko porzuciłoby swoje plany zdrowotne. Jest to także jeden z powodów, dla których spirala na rynkach/giełdach różni się od tej klasycznej – tam wszystkie dodatkowe wydatki ponosi sam ubezpieczony.

[753] Znaczne wzrosty były widoczne także w kolejnym, czyli 2018 r. Więcej na ten temat zob. R. Kamal i in., *An Early Look at 2018 Premium Changes and Insurer Participation on ACA Exchanges*, 10.08.2017, https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/an-early-look-at-2018-premium-changes-and-insurer-participation-on-aca-exchanges/ (dostęp: 13.08.2020).

Tabela 20. 5 największych wzrostów/spadków wysokości ulg podatkowych w 2017 r. oraz ich wpływ na wysokość składek płaconych przez ubezpieczonych

5 Największych wzrostów wysokości APTC (%)									
Stan	Składka przed uwzględnieniem ulgi (APTC)	Składka po uwzględnieniu ulgi (APTC)		Wysokość ulgi (APTC)					
	2016	2017	Zmiana	2016	2017	Zmiana	2016	2017	Zmiana
Minnesota	235 $	366 $	55%	208 $	207 $	0%	27 $	159 $	481%
Kansas	248 $	361 $	46%	208 $	207 $	0%	40 $	154 $	287%
Alabama	288 $	492 $	71%	208 $	207 $	0%	80 $	285 $	256%
Oklahoma	295 $	493 $	67%	208 $	207 $	0%	87 $	286 $	230%
Pensylwania	276 $	418 $	51%	208 $	207 $	0%	68 $	211 $	209%
5 Największych spadków/najmniejszych wzrostów wysokości APTC (%)									
Ohio	234 $	229 $	-2%	208 $	207 $	0%	26 $	22 $	-17%
Indiana	298 $	286 $	-4%	208 $	207 $	0%	90 $	79 $	-12%
Massachusetts	250 $	247 $	-1%	208 $	207 $	0%	42 $	40 $	-5%
Rhode Island	263 $	261 $	-1%	208 $	207 $	0%	55 $	54 $	-2%
Arkansas	310 $	314 $	1%	208 $	207 $	0%	102 $	107 $	4%
Stany, w których pojawiła się APTC									
Arizona	207 $	507 $	145%	207 $	207 $	0%	0 $	300 $	-
Illinois	198 $	291 $	48%	198 $	207 $	5%	0 $	84 $	-
N. Meksyk	186 $	258 $	39%	186 $	207 $	11%	0 $	51 $	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie: C. Cox i in., *2017 Premium Changes and Insurer Participation in the Affordable Care Act's Health Insurance Marketplaces*, 01.11.2016, https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/2017-premium-changes-and-insurer-participation-in-the-affordable-care-acts-health-insurance-marketplaces/ (dostęp: 13.08.2020).

Uwagi: Dane dotyczą drugie najniższego wariantu planu srebrnego (2nd Lowest Cost Silver) dla 40-stoletniego niepalącego mężczyzny osiągającego roczne dochody w wysokości 30.000 USD.

Ponadto, pojawiły się trudności związane z rozliczaniem przyznanych ulg podatkowych, które wpłynęły na wzrost rządowych wydatków. Wstępnie wysokość przyznawanej ulgi jest określania w momencie zapisów do danego planu zdrowotnego na kolejny rok, czyli pomiędzy listopadem a grudniem starego (bazowego) roku. Następnie gospodarstwa domowe, które otrzymały takie wsparcie muszą złożyć dodatkowe formularze przy rozliczaniu się z urzędem skarbowym w kwietniu następnego roku, co ma potwierdzać, że uzyskują one dochody mieszczące się

w określnym przedziale FPL uprawniające je do większej lub mniejszej ulgi podatkowej.[754]

Jak jednak wskazuje Brian Blase z Mercatus Center przy Uniwersytecie George'a Masona – w 2015 r. (przy rozliczeniach za 2014 r.) jedynie 8% osób uprawnionych do APTC otrzymało właściwą kwotę ulgi podatkowej. Nieco ponad połowa podała zaniżone dochody i musiała dokonać stosownego zwrotu na rzecz IRS w wysokości średnio 860 USD, zaś pozostałe 41% osób zadeklarowało zbyt wysokie dochody i otrzymało od IRS zwrot o średnio 640 USD. Ponadto, do końca października 2015 r. około 1,4 mln gospodarstw domowych nie określiło poprawnie przysługującej im ulgi z 2014 r. – 2/3 z nich złożyło deklarację podatkową do IRS, ale bez dodatkowego formularza, a pozostała 1/3 nie złożyła żadnych dokumentów.[755]

Podobnie sytuacja wyglądała podczas składania zeznań podatkowych w kwietniu 2016 r. Wg szacunków łączna wysokość przyznanych APTC wyniosła 15,8 mln USD. Jednak, Blase na podstawie danych opublikowanych przez HHS oszacował, że liczba ta była o niecałe 11 mld USD wyższa i faktycznie wyniosła około 26,7 mld USD. Prawdopodobnie około 3 mln gospodarstw domowych nie rozliczyło się wówczas odpowiednio z IRS w kwestii przyznanym im ulg, których średnia wysokość była o około 525 USD wyższa od kwoty do jakiej ubezpieczeni byli faktycznie uprawnieni. Na ten stan rzeczy składają się między innymi takie elementy jak: brak świadomości podatników co do obowiązku złożenia odpowiednich dokumentów, duża złożoność przepisów związanych z APCT, zbyt późne rozliczanie się z IRS czy brak zdecydowanych działań biurokracji nie przyznawania APTC osobom, które odpowiednio nie rozliczyły się w tej kwestii z IRS w poprzednich latach.[756]

---

[754] Więcej informacji na ten temat zob. Internal Revenue Service, *Premium Tax Credit: Claiming the Credit and Reconciling Advance Credit Payments*, brak daty, https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families/premium-tax-credit-claiming-the-credit-and-reconciling-advance-credit-payments (dostęp: 14.08.2020).

[755] B. Blase, *Obamacare's Maze Turned Millions into Lawbreakers*, 29.09.2016, https://fee.org/articles/obamacares-maze-turned-millions-into-lawbreakers/ (dostęp: 14.08.2020).

[756] Ibidem.

III Etap – wzrost wysokości wydatków z własnej kieszeni (out of pocket)

Rosnące składki to nie jedyny efekt spirali śmierci. Ubezpieczyciele podnoszą także poziom udziału własnego, współpłatności czy współubezpieczenia. Te dodatkowe płatności mogą się różnić między sobą w zależności od planu zdrowotnego. Mają one zapobiegać nadmiernej konsumpcji świadczeń medycznych i utrzymaniu składek ubezpieczeń zdrowotnych na relatywnie niskim poziomie. Tymczasem na *rynkach/giełdach* ich wzrost jest równoległy do wzrostu wysokości składek, co sprawia duże trudności ubezpieczonym chcącym skorzystać z określonych świadczeń medycznych. ObamaCare nakłada maksymalny limit na tego typu płatności, ale i tak są one relatywnie wyższe niż w przypadku ubezpieczeń zawieranych przez pracodawcę. W 2014 r. limit ten wynosił 6.350 USD dla ubezpieczenia w wariancie indywidualnym i 12.700 USD dla wariantu rodzinnego. Z kolei w 2020 r. wartości te wzrosły odpowiednio do 8.150 USD oraz 16.300 USD.[757]

Zazwyczaj głównym narzędziem do ograniczania konsumpcji wśród ubezpieczonych jest udział własny, a więc kwota, którą ubezpieczony musi pokryć w pierwszej kolejności zanim pozostałe wydatki będą pokrywane przez ubezpieczenie.[758] Jednak, wysokość udziału własnego w latach 2014-2020 systematycznie rosła dla wszystkich rodzajów planów – poza platynowym, którym objętych jest nie więcej niż 1% osób. Z kolei wysokość udziału własnego dla najpopularniejszego planu srebrnego wzrosła z 2.425 USD w 2014 r. do 4.544 USD w 2020 r., co stanowiło wzrost o 87%.[759]

Jeszcze inne dane opublikowane przez Centers for Medicare & Medicaid Services uwzględniające także wysokość udziału własnego przy wsparciu programu redukcji kosztów (CSR) pokazują, że mimo tego wysokość takich wydatków również wzrosła dla części ubezpieczonych (tabela 21). Dla ubezpieczonych uzyskujących wsparcie CSR na poziomie 73% wysokość udziału własnego w latach 2016-2020 wzrosła o 21%. Nieznaczne spadki pojawiły się zaś w planach z CSR na poziomie 87 i 94%, ale dotyczą

[757] HealthCare.gov, *Out-of-pocket maximum/limit*, brak daty, https://www.healthcare.gov/glossary/out-of-pocket-maximum-limit/ (dostęp: 17.08.2020).

[758] W danym planie zdrowotnym, oprócz udziału własnego, możliwe jest także równoległe wystąpienie współpłatności i współubezpieczenia.

[759] Kaiser Family Foundation, *Cost-Sharing for Plans Offered in the Federal Marketplace, 2014-2020*, 09.12.2019, https://www.kff.org/slideshow/cost-sharing-for-plans-offered-in-the-federal-marketplace-2014-2020/ (dostęp: 17.08.2020).

one osób o najniższych dochodach (150-200% FPL; 100-150% FPL), gdzie maksymalny limit wydatków bezpośrednich jest znacznie niższy niż w przypadku ubezpieczonych o wyższych dochodach.[760]

Tabela 21. Średnia wysokość udziału własnego (deductible) z uwzględnieniem CSR dla poszczególnych planów zdrowotnych w latach 2016-2020 (USD)

	Rodzaj planu	Średnia wysokość udziału własnego w planie srebrnym po uwzględnieniu CSR	Rodzaj planu	Średnia wysokość udziału własnego dla wszystkich planów						
Rok	Katastroficzny	Brązowy	Srebrny	73% CSR	87% CSR	94% CSR	Złoty	Platynowy	Z CSR	Bez CSR
2016	6.850	5.923	3.049	2.586	609	160	966	222	2.142	4.275
2017	7.150	6.327	3.491	2.863	661	189	1.003	184	2.405	4.838
2018	7.350	6.153	3.970	2.945	710	231	1.243	146	2.685	4.972
2019	7.900	6.376	4.056	2.913	567	131	1.225	120	2.719	5.131
2020	8.150	6.446	4.181	3.128	517	105	1.319	101	2.835	5.316
Zm. %	19%	9%	37%	21%	-15%	-34%	37%	-55%	32%	24%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Centers for Medicare & Medicaid Services, *Health Insurance Exchanges 2020 Open Enrollment Report*, 01.04.2020, https://www.cms.gov/files/document/4120-health-insurance-exchanges-2020-open-enrollment-report-final.pdf (dostęp: 17.08.2020).

Uwagi: Uwzględnione zostały plany zdrowotne zawierane przez stronę HealthCare.gov.

Dane te wyraźnie wskazują na kolejny istotny problem związany z ObamaCare, a mianowicie fakt, że mimo wsparcia w postaci ulg podatkowych czy CSR dla wielu osób dostęp do świadczeń medycznych wciąż jest dużym problemem – nawet dla osób o relatywnie wyższych dochodach przeznaczenie kilku tysięcy dolarów na wydatki bezpośrednie jest barierą nie do pokonania. Mimo, że formalnie są one ubezpieczone, to jednak nie otrzymują natychmiastowego dostępu do świadczeń medycznych. Jest to także efekt spirali tylko dotyczący wzrostu wysokości innego rodzaju płatności niż składki. Ponadto, CSR stanowi swego rodzaju zaprzeczenie czy marginalizowanie wysiłków ubezpieczycieli starających się zracjonalizować nadmierną konsumpcję ubezpieczonych skutkującą znaczną podwyżką składek. Pokazuje to również, że dla rządu ubezpieczyciele są użyteczni jedynie z uwagi na fakt nie posiadania przez niego

[760] Np. dla ubezpieczonego uzyskującego dochody w przedziale 100-150% FPL w 2020 r. wynosi on 2.700 USD (wariant indywidualny) i 5.400 USD (wariant rodzinny). Z kolei dla osoby o dochodach z przedziału 200-250% FPL jest to odpowiednio 6.500 USD i 13.000 USD.

(jeszcze) własnych struktur instytucjonalnych mogących realizować cele wyznaczone przez ObamaCare. Rząd współpracuje więc z branżą ubezpieczeniową, ale wprowadza wiele regulacji wypaczających jej działalność.

Prawdą jest, że poziom tych wydatków dla wielu może być szokujący. Nie jest to jednak dowodem na zawodność rynku, ale efektem przyjęcia do ubezpieczenia wielu osób o wysokim ryzyku oraz osłabienia ich *wrażliwości* cenowej. Co więcej, nawet zwolennicy ObamaCare przyznają, że mimo obniżenia składek wysoki poziom np. udziału własnego uniemożliwia im skorzystanie z ubezpieczenia. Media podają wiele takich przypadków. Np. New York Times przytacza przykład ubezpieczonej z udziałem własnym w wysokości 6.500 USD co sprawia, że odwiedza ona lekarza rzadziej niż kiedy nie posiadała ubezpieczenia – wówczas mogła bowiem skorzystać ze zniżki przysługującej osobom nieubezpieczonym, a teraz jest to niemożliwe. Inny przykład to 43-letni mieszkaniec Baltimore posiadający ubezpieczenie w wariancie rodzinnym. O ile opłacana przez niego miesięczna składka wynosi 275 USD to już 13.000 USD udziału własnego sprawia, że jego rodzina nie może skorzystać z zalecanych świadczeń, zwłaszcza w przypadku jego syna chorującego na autyzm.[761]

Chociaż może to wydawać się szokujące i kontrowersyjne, to gdyby nie wysokie poziomy udziału własnego itp., składki wzrosłyby jeszcze bardziej. Najlepszym na to dowodem są wydarzenia z października 2017 r., kiedy Prezydent Donald Trump podjął decyzję o wstrzymaniu płatności w ramach programu CSR z uwagi na fakt nieprzeznaczenia przez Kongres środków na tego typu wydatki. Jeszcze wcześniej, bo od 2014 r. zasadność tego typu wydatków została zakwestionowana przez Izbę Reprezentantów (United States House of Representatives).[762] Dla ubezpieczycieli oznaczało to duże problemy, gdyż w 2016 r. w ramach CSR otrzymali oni około 7 mln USD, a w 2017 r. programem tym było objętych 7 mln (58%) ubezpieczonych.[763]

---

[761] A. Goodnough i in., *Obamacare Turns 10. Here's a Look at What Works and Doesn't*, 23.03.2020, https://www.nytimes.com/2020/03/23/health/obamacare-aca-coverage-cost-history.html (dostęp: 18.08.2020).

[762] Department of Health and Human Services, *Trump Administration Takes Action to Abide by the Law and Constitution, Discontinue CSR Payments*, 12.10.2017, https://www.hhs.gov/about/news/2017/10/12/trump-administration-takes-action-abide-law-constitution-discontinue-csr-payments.html (dostęp: 18.08.2020).

[763] The Commonwealth Fund, *Essential Facts About Health Reform Alternatives: Eliminating Cost-Sharing Reductions*, 28.04.2017, https://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2017/apr/essential-facts-about-health-reform-alternatives-eliminating-cost?redirect_source=/publications/explainers/2017/apr/cost-sharing-

Wg szacunków Kaiser Family Foundation ubezpieczyciele musieliby podnieść składki średnio o 19%[764] w celu rekompensaty utraconych przychodów. Prognozowany zakres wzrostów składek wynosił od 9% (Północna Dakota) do 27% (Mississippi).[765] Wzrost wysokości składek związany z wstrzymaniem CSR określany jest jako *silver loadnig*, gdyż dotyczy on planów srebrnych.

Ponadto, ubezpieczyciele weszli na drogę prawną i zaczęli pozywać rząd federalny za wstrzymanie płatności w ramach CSR. Sprawy te trafiły do Federalnego Sądu Roszczeń (Court of Federal Claims), a pierwsze z nich rozpoczęły się już w listopadzie 2017 r. W jednej ze spraw orzeczenie sądu z października 2019 r. stanowiło, że około 100 ubezpieczycielom należy się 1,6 mld USD za utracone wpływy z CSR za 2017 i 2018 r. Sprawy te są bardzo złożone i rząd federalny w takich sytuacjach odwołuje się do Sądu Apelacyjnego Okręgu Federalnego (Court of Appeals for the Federal Circuit), gdzie toczy się już kilka takich spraw. Jak się okazuje w sprawach związanych z CSR ważną odgrywa również toczące się postępowanie odnośnie korytarzy ryzyka, gdyż sędziowie swoje decyzje odnośnie CSR w znacznej mierze opierają właśnie na decyzjach Sądu Apelacyjnego Okręgu Federalnego dotyczących niewywiązania się rządu federalnego z wyrównania start ubezpieczycielom z w ramach korytarzy ryzyka.[766]

Aby przeciwdziałać narastającym problemom związanym między innymi z *silver loading* podjęte zostały także działania administracyjne. Zgodnie z oświadczeniem Centers for Medicare & Medicaid Services w 2020 r. obniżone zostały opłaty (User Fee) pobierane ze składek ubezpieczeń sprzedawanych na *rynkach/giełdach*. Opłata za ubezpieczenia sprzedawane na *rynku* federalnym (Federally-facilitated Exchange – FFE) została obniżona z 3,5 do 3% składki, zaś opłata za ubezpieczenia sprzedawane za pośrednictwem rynków stanowych (State-based Exchanges on the Federal Platform –

---

reductions (dostęp: 18.08.2020).

[764] W stanach korzystających z witryny HealthCate.gov.

[765] Kaiser Family Foundation, *Estimates: Average ACA Marketplace Premiums for Silver Plans Would Need to Increase by 19% to Compensate for Lack of Funding for Cost-Sharing Subsidies*, 06.04.2017, https://www.kff.org/health-reform/press-release/estimates-average-aca-marketplace-premiums-for-silver-plans-would-need-to-increase-by-19-to-compensate-for-lack-of-funding-for-cost-sharing-subsidies/?utm_campaign=KFF-2017-April-Eliminating-ACA-Cost-Sharing-Payments&utm_content=54538233&utm_medium=social&utm_source=facebook (18.08.2020).

[766] K. Keith, *Latest Ruling Over Unpaid CSRs*, 25.10.2019, https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20191025.570658/full/ (dostęp: 18.08.2020).

SBE-FP) zmalała z 3 do 2,5%. Wg CMS opłaty te wcześniej były przerzucane na konsumenta w postaci wyższych składek, a ich obniżka ma przynieść odwrotny rezultat.[767]

Problemy z rosnącą wysokością udziału własnego itp. pozwalają także lepiej zrozumieć, dlaczego coraz częściej zwraca się uwagę na zjawisko niedoubezpieczenia. Wg raportu The Commonwealth Fund zwiększa się odsetek osób dorosłych (19-64 lat) ubezpieczonych przez cały rok, które jednocześnie są niedoubezpieczone[768] – w 2014 r. wynosił on 23%, a w 2018 r. 29%. W przypadku ubezpieczeń zawieranych przez pracodawcę odsetek ten wzrósł z 20% (2014 r.) do 28% (2018 r.), a dla osób ubezpieczających się indywidualnie (w tym na *giełdach/rynkach*) 42% (2018 r.).[769]

Co ciekawe, wg The Commonwealth Fund odpowiednie działania jakie należy podjąć, aby przeciwdziałać rosnącemu odsetkowi osób niedoubezpieczonych to między innymi: rozszerzenie Medicaid; zniesienie limitu 400% FPL uprawniającego do otrzymania ulgi podatkowej; utworzenie stanowych lub federalnych programów reasekuracji w celu obniżenia składek; podwyższenie limitu dochodów uprawniających do otrzymania CSR; wyłączenie większej liczby świadczeń medycznych z udziału własnego w ramach wszystkich planów zdrowotnych; podwyższenie wymaganej minimalnej wysokości wydatków (minimum value) pokrywanych przez pracodawcę (obecnie 60%). Oprócz tego, autorzy propozycji tych zmian uważają, że decydenci zwrócić uwagę na rosnące koszty opieki zdrowotnej.[770]

Z ekonomicznego punktu widzenia część z wymienionych wyżej rekomendacji to kontynuowanie drogi do systemu jednego płatnika i uspołecznionej medycyny. Wszystkie te zalecenia mają bowiem znieść część wydatków ponoszonych przez ubezpieczonych. Niektóre z nich są także kontynuacją już zakończonych programów w ramach ObamaCare. Mogłoby się wydawać, że są one słuszne – zwłaszcza w kontekście rosnących składek i innych wydatków jakimi są obciążani ubezpieczeni.

[767] Centers for Medicare & Medicaid Services, *Final HHS Notice of Benefit and Payment Parameters for 2020 Fact Sheet*, brak daty, https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Fact-Sheets-and-FAQs/Downloads/CMS-9926-F-Fact-Sheet.pdf (dostęp: 18.08.2020).

[768] Tzn. ich wydatki na udział własny przekraczają 5% (200% FPL<) lub 10% dochodów.

[769] B. Fox, M. Brod, *Underinsured Rate Rose From 2014- 2018, With Greatest Growth Among People in Employer Health Plans*, 07.02.2019, https://www.commonwealthfund.org/press-release/2019/underinsured-rate-rose-2014-2018-greatest-growth-among-people-employer-health (dostęp: 18.08.2020).

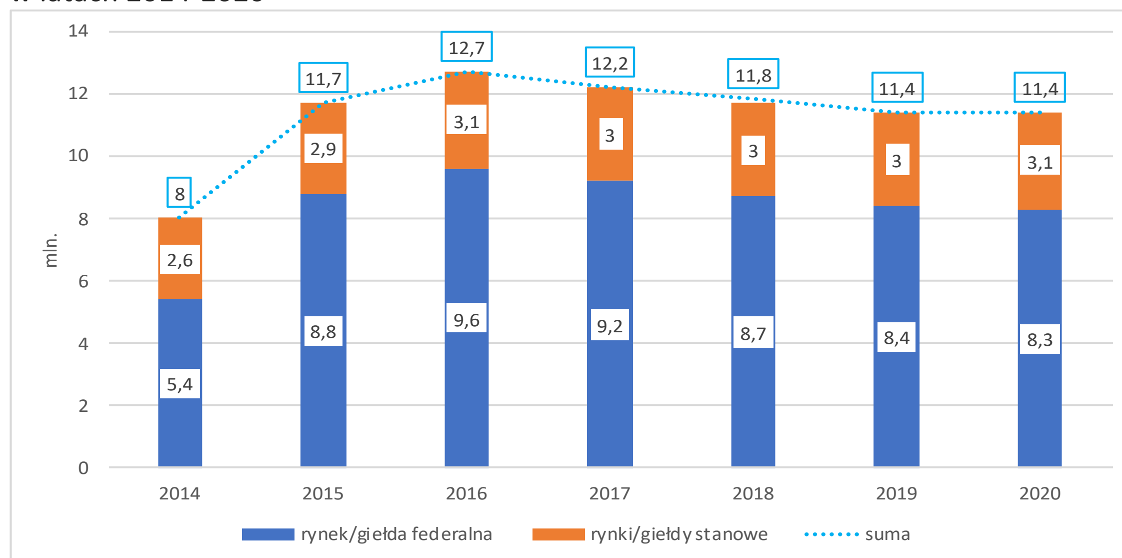
[770] Ibidem.

Jednak, historia systemu opieki zdrowotnej USA pokazała już wielokrotnie, że to próby *wyręczenia* Amerykanów w płatnościach za usługi medyczne prowadzą do tych negatywnych skutków.

Etap IV – Spadek liczby ubezpieczonych

Nie dość, że ObamaCare nie zdołała przyciągnąć dostatecznej liczby osób na *rynki/giełdy*, a ci którzy się na nich zarejestrowali musieli doświadczyć znacznych wzrostów składek i innych płatności, to dodatkowo spadać zaczęła liczba osób już ubezpieczonych. Najwięcej osób objętych ochroną ubezpieczeniową było w 2016 r. – 12,7 mln osób. Później ich liczba stopniowo zaczęła spadać by w 2020 r. wynieść 11,4 mln osób. Od szczytu z 2016 r. liczba ubezpieczonych spadła więc o 10%. Co ciekawe, spadki te objęły tylko *rynki/giełdy* federalne podczas gdy w stanowych liczba ubezpieczonych pozostała bez zmian (rysunek 52).

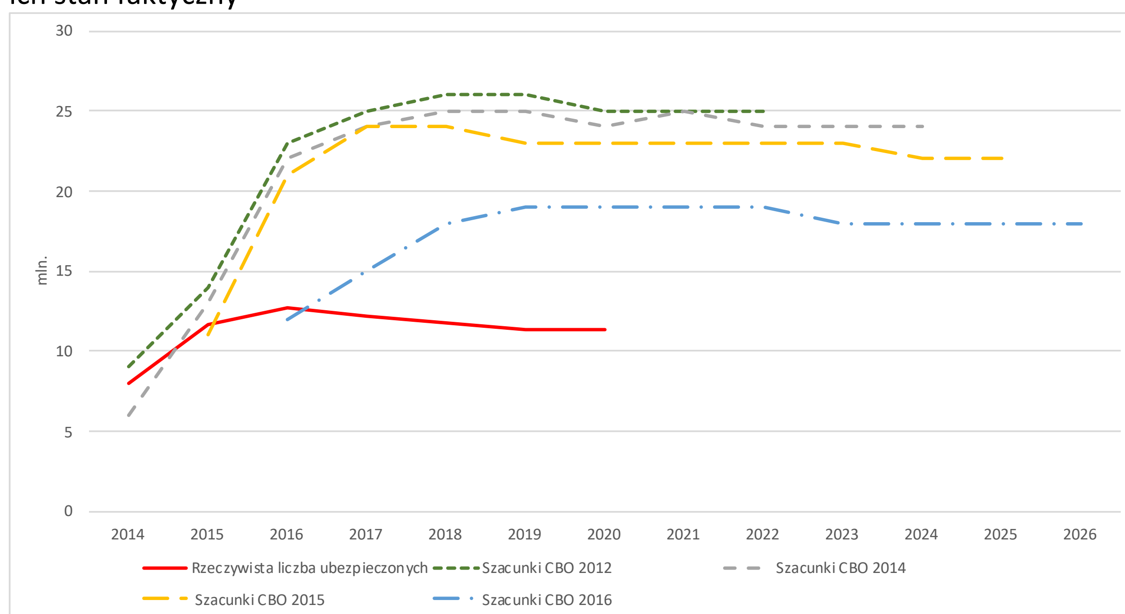
Rysunek 52. Liczba ubezpieczonych na federalnym i stanowych rynkach/giełdach w latach 2014-2020



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Centers for Medicare & Medicaid Services, *Health Insurance Exchanges 2020 Open Enrollment Report*, 01.04.2020, https://www.cms.gov/files/document/4120-health-insurance-exchanges-2020-open-enrollment-report-final.pdf (dostęp: 19.08.2020); Centers for Medicare & Medicaid Services, *Health Insurance Marketplaces 2017 Open Enrollment Period. Final Enrollment Report: November 1, 2016 – January 31, 2017*, 15.03.2017, https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/health-insurance-marketplaces-2017-open-enrollment-period-final-enrollment-report-november-1-2016 (dostęp: 19.08.2020).

Tym co najbardziej zadziwia jest to, że każda z tych wartości znacząco odbiega od szacunków CBO z lat poprzednich. Przykładowo, w 2012 i 2014 r. CBO zakładało, że w 2017 r. na rynkach/giełdach ubezpieczonych będzie około 24-25 mln osób,[771] ale jak się okazało kilka lat później było ich jedynie 12,2 mln, co nie stanowiło nawet połowy zakładanego celu (48,8%). Nie jest to żaden wypadek przy pracy, gdyż w zasadzie wszystkie tego typu szacunkowe dane publikowane przez CBO były zbyt optymistyczne (rysunek 53).

Rysunek 53. Szacunki CBO dotyczące liczby ubezpieczonych na rynkach/giełdach oraz ich stan faktyczny



Źródło: opracowanie własne na podstawie szacunków CBO w poszczególnych latach dotyczących liczby ubezpieczonych w poszczególnych podkategoriach (*Estimates for the Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act Updated for the Recent Supreme Court Decision*; *The Budget and Economic Outlook: 2014 to 2024; Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act— CBO's March 2015 Baseline; Federal Subsidies for Health Insurance Coverage for People Under Age 65: Tables From CBO's March 2016 Baseline*).

Uwagi: Szacunki dotyczą osób do 65 roku życia.

Być może CBO wyszło z założenia, że wymóg posiadania ubezpieczenia okaże się skutecznym sposobem na stworzenie odpowiednio licznej grupy ubezpieczonych. Jednak, wiele osób dalej pozostało nieubezpieczonymi pomimo kar finansowych. Wynika to z kilku przyczyn. Po pierwsze, Amerykanie zignorowali ten wymóg ze względu

---

[771] Whitehouse.gov, *CBO's Failed Obamacare Enrollment Projections*, 30.06.2017, https://www.whitehouse.gov/articles/cbos-failed-obamacare-enrollment-projections/ (dostęp: 19.08.2020).

na to, że w przeszłości posiadanie ubezpieczenia było efektem dobrowolnej decyzji samego zainteresowanego. Po drugie, nawet osoby chętne jego zakupowi musiały zmierzyć się z wysokimi kosztami (np. udziału własnego), znacznie przekraczającymi najwyższą wysokość kary z 2016 r. (695 USD). Ujmując to inaczej bardziej *opłacało się* zapłacić karę niż ponosić wyższe wydatki związane z ubezpieczeniem. Po trzecie, dla wielu osób nowe prawo było zwyczajnie skomplikowane i nie byli oni świadomi tych zmian.

Dodatkowo, od 2017 r. sama ObamaCare stała się celem ataków administracji Prezydenta Trumpa mających na celu jej zniesienie lub częściowe ograniczenie zmian jakie wprowadziła. Przykładowo, zgodnie z Ustawą o Cięciach Podatkowych i Zatrudnieniu z 2017 r. (Tax Cuts and Jobs Act of 2017) kara za brak ubezpieczenia została zredukowana do zera. Oznacza to, że chociaż obowiązek ubezpieczenia nadal obowiązuje, to nie ma już żadnej kary za niespełnienie tego wymogu (przepisy te obowiązują od 2019 r,). Wyjątkiem jest 5 stanów (DC, Massachusetts, New Jersey, Kalifornia i Rhode Island), gdzie takie kary zostały podtrzymane.[772]

Chociaż, rozporządzenie to weszło w życie w styczniu 2019 r., to już wcześniej ubezpieczyciele zaczęli podwyższać składki z obawy, że mniej osób o niskim ryzyku zdrowotnym wykupi ubezpieczenie i struktura ubezpieczonych, w sensie aktuarialnym, ulegnie pogorszeniu.[773] Ubezpieczyciele nie byli wówczas tego pewni, ale utrzymanie niższego poziomu składek mogło doprowadzić do kolejnych problemów z jakimi już się zmagali. Jak się okazało ich przewidywania okazały się słuszne, gdyż liczba ubezpieczonych stale maleje. Nie jest to skala podobna do klasycznego przebiegu spirali, ale jest to efektem rządowego wsparcia dla osób o niższych dochodach. Wydarzenia te tłumaczą także, dlaczego w 2018 r. odnotowano znaczne wzrosty wysokości składek.

Warto także zaznaczyć, że mimo powolnego spadku liczby ubezpieczonych na *rynkach/giełdach* znaczny ich odsetek stanowią osoby, które pierwszy raz zapisały się to tego typu ubezpieczenia w danym roku. Przykładowo, w 2017 r. liczba ubezpieczonych

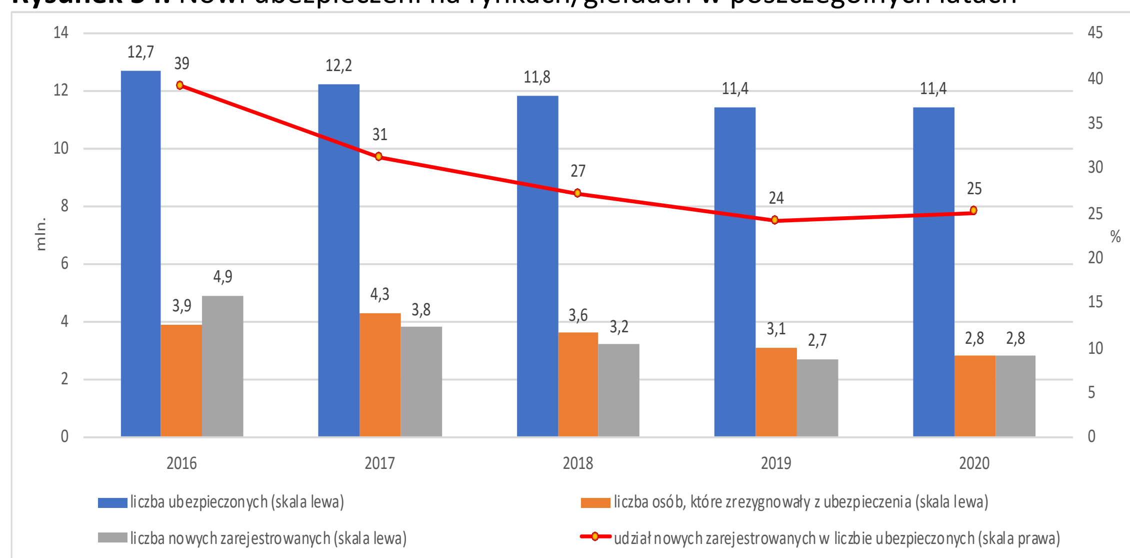
---

[772] L. Norris, *Is there still a penalty for being uninsured?*, 07.07.2020, https://www.healthinsurance.org/obamacare-enrollment-guide/what-is-the-obamacare-penalty/ (dostęp: 20.08.2020).

[773] S. Simmons-Duffin, *Trump Is Trying Hard To Thwart Obamacare. How's That Going?*, 14.10.2019, https://www.npr.org/sections/health-shots/2019/10/14/768731628/trump-is-trying-hard-to-thwart-obamacare-hows-that-going?t=1597901071409 (dostęp: 20.08.2020).

wyniosła 12,2 mln osób i była o 0,5 mln niższa niż rok wcześniej (12,7 mln). Nie oznacza to jednak, że z ubezpieczenia zrezygnowało 0,5 mln osób. Łączna liczba nowych zarejestrowanych na *rynkach/giełdach* wyniosła 3,8 mln i stanowiła aż 31% ze wszystkich 12,2 mln ubezpieczonych. Wynika stąd, że w 2017 r. z tego typu ubezpieczeń zrezygnowało aż 4,3 mln osób, czyli 34% ze wszystkich ubezpieczonych w 2016 r. O ile więc całkowita liczba ubezpieczonych pozostaje względnie stabilna, to jednak ich rotacja jest już znaczna (rysunek 54).

Rysunek 54. Nowi ubezpieczeni na rynkach/giełdach w poszczególnych latach



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Centers for Medicare & Medicaid Services, *Health Insurance Exchanges 2020 Open Enrollment Report*, 01.04.2020, https://www.cms.gov/files/document/4120-health-insurance-exchanges-2020-open-enrollment-report-final.pdf (dostęp: 21.08.2020); Centers for Medicare & Medicaid Services, *Health Insurance Exchanges 2018 Open Enrollment Period Final Report*, 03.04.2018, https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/health-insurance-exchanges-2018-open-enrollment-period-final-report#_ftn8 (dostęp: 21.08.2020); Centers for Medicare & Medicaid Services, *Health Insurance Marketplaces 2017 Open Enrollment Period. Final Enrollment Report: November 1, 2016 – January 31, 2017*, 15.03.2017, https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/health-insurance-marketplaces-2017-open-enrollment-period-final-enrollment-report-november-1-2016 (dostęp: 21.08.2020).

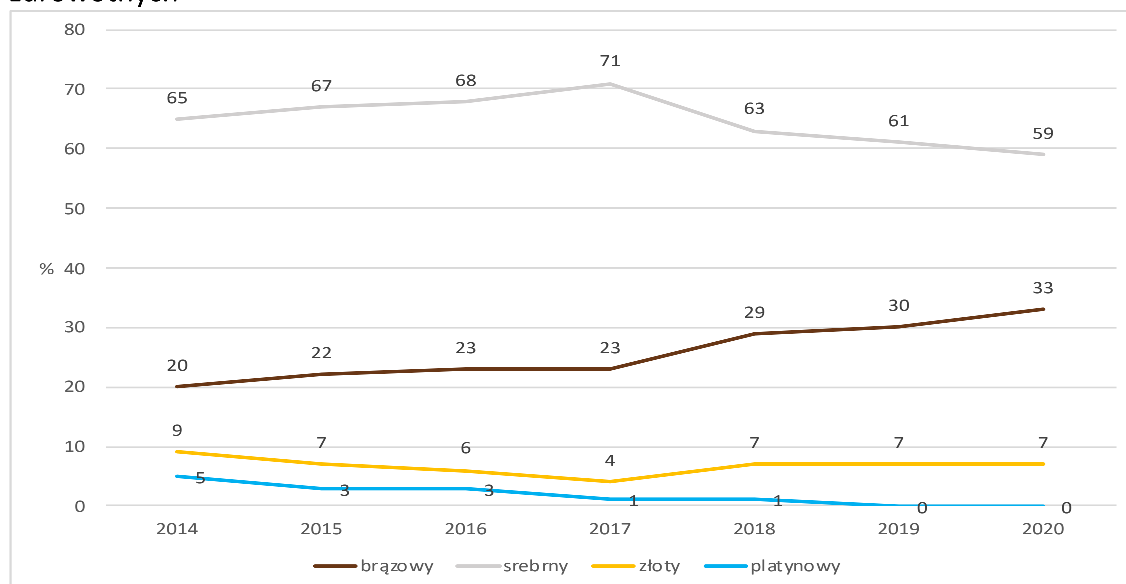
Uwagi: Dane obejmują 50 stanów oraz Dystrykt Kolumbii.

W dużej mierze dany poziom liczby ubezpieczonych jest więc podtrzymywany przez nowe osoby rejestrujące się do wybranych planów. Jednak, widać także, że po pewnym czasie (roku lub kilku latach) następują liczne odejścia co, w przy braku wystarczającej liczby nowych ubezpieczonych, niekorzystnie wpływa na perspektywy stabilności tego typu programów. Liczba zapisów wytraciła swoją dynamikę, a od 2016 r. odnotowywana jest coraz mniejsza liczba ubezpieczonych,

co jeszcze bardziej oddala ObamaCare realizacji jej założeń.

Inna kwestią jest to, że część osób w obliczu wzrostu kosztów może także przechodzić z droższego planu do tańszego dalej zachowując status ubezpieczonego. Przykładowo, w 2017 r. planem srebrnym było objętych 71% wszystkich ubezpieczonych a skromniejszym planem brązowym 23% z nich. Natomiast w 2020 r. proporcje te wynosiły odpowiednio 59% i 33%. Z kolei udział osób zapisanych do planu złotego wzrósł z 4% do 7%. Część ubezpieczonych posiada więc węższy zakres ochrony ubezpieczeniowej w porównaniu do kilku lat wcześniej (rysunek 55).

Rysunek 55. Procentowy udział liczby ubezpieczonych w poszczególnych planach zdrowotnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie corocznych publikacji Department of Health and Human Services dotyczących liczby ubezpieczonych na *rynkach/giełdach* (*Health Insurance Marketplace: Summary Enrollment Data for the Initial Annual Open Enrollment Period*).

Uwagi: Dane obejmują 50 stanów oraz Dystrykt Kolumbii. Poszczególne wartości mogą nie sumować się w pełne wartości ze względu na zaokrąglenia oraz nieuwzględnienie planów katastroficznych, których udział w 2014 r. wyniósł 2% a w pozostałych latach 1%.

Jedną z przyczyn tłumaczących obecne problemy z niską rejestracją mogą także być duże problemy jakie napotkała rządowa witryna HealCare.gov podczas pierwszych zapisów pod koniec 2013 r. Problemy z jej funkcjonalnością były widoczne już od samego początku jej uruchomienia, czyli od 1 października. Ilość wejść okazała się 5 razy wyższa od zakładanej i po 2 godzinach od uruchomienia przestała ona działać. W efekcie, w pierwszym dniu rejestracji jedynie 6 użytkowników wypełniło wnioski i wybrało swój

plan zdrowotny. Sytuacja zaczęła się poprawiać po zwiększeni jej przepustowości.[774]

Niewątpliwie związanie z tym zamieszanie miało pewien wpływ na to, że w 2014 r. Za pomocą HealthCare.gov ubezpieczonych było jedynie 5,4 mln osób. Na stronie internetowej Harvard Business School poświęconej technologiom oraz zarządzaniu operacjami można znaleźć główne przyczyny jakie stały za wadliwym działaniem strony. Zostały one wyszczególnione i opisane w tabeli 22.

Tabela 22. Przyczyny wadliwego działania HealhCare.gov

1. Brak doświadczenia
Osoby zatrudnione do realizacji projektu posiadały odpowiednie doświadczenie w kwestii rynków ubezpieczeniowych czy obsługi dużych projektów rządowych, a nie w zakresie wdrażania projektów technologicznych. Istotne stanowiska techniczne nie zostały obsadzone, a kierownicy poszczególnych projektów nie posiadali odpowiedniej wiedzy czego efektem była niewielka ilość czasu poświęcana na testowanie i rozwiązywanie problemów technicznych z witryną.
2. Brak przywództwa i odpowiedniego zarządzania
Nie występował formalny podział zadań pomiędzy wieloma jednostkami, co doprowadziło do opóźnień w podejmowaniu kluczowych decyzji czy braku odpowiedniej komunikacji. Przykładowo, wykonawca zajmujący się systemem logowania oszacował niskie zapotrzebowanie na tego typu funkcję, gdyż na początku zakładano możliwość ubezpieczenia się bez zakładania konta i logowania. Opóźnienia techniczne sprawiły jednak, że wdrażanie tego pomysłu nie było dalej kontynuowane co oznaczało, że wszyscy użytkownicy musieli przejść przez etap logowania. Przepustowość nie została jednak zwiększona.
3. Presja
Od momentu wejścia w życie ObamaCare pracownicy HHS byli naciskani, aby uruchomić witrynę zgodnie z terminem, bez względu na etap prac oraz ilości i wyników przeprowadzonych testów w zakresie rozwiązywania problemów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Harvard Business School, *The Failed Launch Of www.HealthCare.gov*, 18.11.2016, https://digital.hbs.edu/platform-rctom/submission/the-failed-launch-of-www-healthcare-gov/# (dostęp: 20.08.2020).

Opisane wyżej problemy doprowadziły do wzrostu wydatków na rozwiązanie problemów z funkcjonalnością witryny. W efekcie, początkowy budżet projektu wzrósł z 93,7 mln USD do 1,7 mld USD. Co ciekawe, niepowodzenie we wdrażaniu HealthCare.gov nie jest niczym, gdyż wg badań w ostatnich 10 latach aż 94% dużych federalnych projektów informatycznych kończyło się niepowodzeniem. Ponad połowa z nich była opóźniona, przekroczyła budżet lub nie spełniła oczekiwań. Ponadto, około 41% takich projektów zostało uznane za kompletne niepowodzenia.[775]

[774] Harvard Business School, *The Failed Launch Of www.HealthCare.gov*, 18.11.2016, https://digital.hbs.edu/platform-rctom/submission/the-failed-launch-of-www-healthcare-gov/# (dostęp: 20.08.2020).

[775] Ibidem.

Etap V – zawodność wsparcia ubezpieczycieli

Ubezpieczyciele, oprócz problemów ze spadającą liczbą ubezpieczonych, musieli także stawić czoła deficytowi środków pochodzących ze specjalnie dla nich utworzonych programów wsparcia: programowi reasekuracji oraz korytarzom ryzyka.

W przypadku tego pierwszego nadwyżka środków została osiągnięta jedynie za 2014 r., kiedy (w 2015 r.) CMS poinformował, że łączna wysokość wpłat wyniosła 9,7 mld USD przy zgłoszonych roszczeniach (płatnościach) w wysokości 7,9 mld USD. Udało się więc pokryć 100% roszczeń a nadwyżkę 1,7 mld USD przesunięto na kolejny rok. Z kolei szacowana wysokość wpłat za 2015 r. wyniosła 6,5 mld USD, ale zgłoszone przez ubezpieczycieli roszczenia były już ponad dwukrotnie wyższe – 14,3 mld USD co pokazuje, że byli oni już lepiej rozeznani w ocenie ryzyka. Istotne jest także to, że 0,5 mld z zebranej kwoty (w postaci nadwyżki powyżej 6 mld USD), musiało zostać przekazane do Departamentu Skarbu Stanów Zjednoczonych (United States Department of the Treasury) jako koszt operacyjny programu. Uwzględniając więc nadwyżkę z 2014 r. udało się pozyskać środki w wysokości około 7,8 mld USD, co stanowiło około 55,1% wartości zgłoszonych roszczeń za 2015 r.[776] Deficyt środków pojawił się także w ostatnim roku – 2016 – tego programu. Kwota pozyskanych środków wyniosła około 3,96 mld USD, co stanowiło 52,9% z całkowitych roszczeń wynoszących 7,5 mld USD. Była to więc kwota prawie o połowę niższa w porównaniu do 2015 r., ale wynikało z głównie z podwyższenia progu płatności (z 45.000 USD do 90.000 USD) powyżej której pokrywana była część wydatków ubezpieczycieli. Jest to także kolejnym dowodem na to jak wysokie ryzyko zdrowotne reprezentują osoby ubezpieczone na *rynkach/giełdach*. Warto również podkreślić, że zdecydowana większość płatników jest jednocześnie beneficjentami tego programu. Przykładowo, w 2015 r. takie wsparcie otrzymało 497 (86%) ze wszystkich 575 podmiotów a w 2016 r. było to 445 (89%) z 496 z nich.[777]

Jak się okazało, także program korytarzy ryzyka nie zapewnił ubezpieczycielom oczekiwanego wsparcia. Wg szacunków CMS łączne roszczenia w ramach tego programu

[776] Centers for Medicare & Medicaid Services, *Summary Report in Transitional Reinsurance Payments And Permanent Risk Adjustment Transfers For The 2015 Benefit Year*, 30.06.2016, https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Premium-Stabilization-Programs/Downloads/June-30-2016-RA-and-RI-Summary-Report-5CR-063016.pdf (dostęp: 24.08.2020).

[777] Ibidem.

za 2014 r. wyniosły 2,87 mld USD, a zebrane środki pochodzące ze składek ubezpieczycieli jedynie 362 mln USD, czyli 12,6% całkowitych roszczeń. Różnica ta miała zostać pokryta z przyszłych składek oraz ze środków rządowych. Było to zgodne z początkowymi założeniami, jednak już w 2014 r. CMS poinformował, że program ten ma być neutralny dla budżetu. Następnie, w 2015 r., HHS podało informację, że zgodnie z zasadą neutralności może wypłacić jedynie około 240 mln USD z prawie 3 mld USD roszczeń. Dodatkowo, kontrolowany przez Republikanów Kongres uchwalił przepisy blokujące CMS przed działaniami polegającymi na przeznaczaniu funduszy ogólnych do ubezpieczycieli.[778]

Ubezpieczyciele niezadowoleni z takiego niekorzystnego rozwoju wydarzeń zaczęli domagać się pokrycia strat i pozywać rząd federalny. Jedna z takich spraw trafiła ostatecznie do Sądu Najwyższego, który na podstawie swojego orzeczenia z kwietnia 2020 r. nakazał wypłatę 12 mld USD czterem ubezpieczycielom (Moda Health, Maine Community Health Options, Land of Lincoln Mutual Insurance Co. oraz Blue Cross Blue Shield of North Carolina) w ramach programu korytarzy ryzyka za lata 2014-2016. Wg Sądu rząd miał obowiązek realizacji takich płatności nawet w sytuacji braku jasnego określenia przydziału środków. Wysiłki rządu federalnego wpłynęły więc na wstrzymanie tych płatności w krótkim okresie, ale nie zniosły one jego odpowiedzialności w perspektywie długoterminowej.[779]

Jest o tyle istotne dla ubezpieczycieli, gdyż jedną z przyczyn rozszerzenia ich działalności na *rynki/giełdy* była właśnie rządowa obietnica pokrycia pozostałych strat, co miało utrzymywać składki na stabilnym poziomie. Dlatego decyzja Sądu Najwyższego może mieć pewien wpływ na obniżkę składek w następnych latach w przypadku niektórych planów zdrowotnych. Inną poważną konsekwencją tej decyzji mogą być kolejne wyroki na korzyść ubezpieczycieli w innych toczących się sprawach tego typu czy kolejne pozwy jakie mogą się jeszcze pojawić. W już toczących się sprawach ubezpieczyciele domagają się od rządu federalnego kolejnych miliardów dolarów jak np.

---

[778] C. Cox i in., *Explaining Health Care Reform: Risk Adjustment, Reinsurance, and Risk Corridors*, 17.08.2016, https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/explaining-health-care-reform-risk-adjustment-reinsurance-and-risk-corridors/ (dostęp: 24.08.2020).

[779] K. Keith, *Supreme Court Rules That Insurers Are Entitled To Risk Corridors Payments: What The Court Said And What Happens Next*, 28.04.2020, https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20200427.34146/full/ (dostęp: 24.08.2020).

w jednym z pozwów zbiorowych obejmującym co najmniej 116 ubezpieczycieli oczekujących ponad 12 mld USD należnych zaległych płatności – sprawa toczy się w Federalnym Sądzie Roszczeń. W innym przypadku, Health Care Service Corporation, która obsługuje plany Blue Cross Blue Shield w pięciu stanach, pozwała rząd o kolejne 2 mld USD z tytułu niezapłaconych płatności w ramach korytarzy ryzyka.[780]

Wstrzymanie tego typu płatności można przypisywać kwestiom politycznym itp., ale bez względu na nie nawet pobieżna analiza pokazuje, że płatności o jakie dopominają się ubezpieczyciele zostały przez rząd niedoszacowane – stąd między innymi wysiłki w celu ich ograniczenia. Programy te mogłyby spełniać swoje zadanie tylko wtedy, gdyby zyski jednych ubezpieczycieli wynikały ze start pozostałych a to nie jest efekt wymiany rynkowej.

Etap VI – starty i wyjścia ubezpieczycieli z Healthcare Insurance Marketplaces

Starty jakie zaczęły ponosić towarzystwa ubezpieczeniowe skłoniły część z nich do wyjścia z przynajmniej części stanowych *rynków/giełd*. Podobnie jak miało to miejsce w przypadku pierwszych zgłaszanych podwyżek składek decyzje o wyjściu zostały ogłoszone przez dużych i doświadczonych ubezpieczycieli jak UnitedHealth Group, Aetna czy Humana. Do głównych czynników, które wpłynęły na ich decyzje zaliczyć można: wysokie ryzyko zdrowotne ubezpieczonych, zbyt małą liczbę ubezpieczonych osób o niższym ryzyku czy problemy z pokryciem start ze źródeł rządowych. Dodatkowym utrudnieniem były również regulacje zakazujące sprzedaży planów zdrowotnych pomiędzy granicami stanów co niewątpliwie utrudniało bilansowanie ryzyka.

W kwietniu 2016 r. największy ubezpieczyciel zdrowotny w USA – UnitedHealth Group – poinformował, że do końca 2017 r. opuści większość stanowych *rynków/giełd* w których ubezpiecza prawie 800.000 osób. Z 16 stanów ubezpieczyciel pozostanie w 4 (Michigan, Oklahoma, Arkansas oraz w części stanu Georgia). Ubezpieczyciel swoje starty za sam 2016 r. oszacował na około 650 mln USD. Co ciekawe, przedstawiciele Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej stwierdzili, że plany oferowane przez

[780] Ibidem.

UnitedHealth zazwyczaj były droższe od planów konkurencji.[781] Zapominają oni jednak, że ubezpieczeni z jakiegoś powodu wybrali właśnie te droższe ubezpieczenia i niedługo będą oni zmuszeni do wyboru mniej satysfakcjonującego ich rozwiązania.

Parę miesięcy później kolejny znaczący ubezpieczyciel – Aetna – także poinformował o planowanym wyjściu z 11 na 15 stanów, w których był dotychczas obecny. Ubezpieczyciel będzie dalej oferował indywidualne ubezpieczenia w tych kilkunastu stanach, ale już poza *rynkami/giełdami*, gdyż na nich znajduje się zbyt wiele osób o wysokim ryzyku zdrowotnym. Aetna swoje straty za 2016 r. oszacowała na 300 mln USD. Decyzja ta oznacza, że około 80% z 838.000 klientów Aetny w 2017 r. będzie musiało zmienić swoje ubezpieczenia.[782] Jednak jak stwierdził Mark Bertolini, dyrektor generalny Aetny:

Zdecydowana większość płatników doświadcza ciągłego stresu finansowego w ramach swojej działalności na rynkach/giełdach. Zapewnienie konsumentom przystępnych cenowo, wysokiej jakości opcji opieki zdrowotnej nie jest możliwe bez zrównoważonej puli ryzyka.[783]

Jeszcze bardziej radykalne kroki podjął inny ubezpieczyciel – Humana – który na początku 2017 r. zapowiedział, że do 2018 r. całkowicie zrezygnuje z oferowania indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych – w tym tych oferowanych na *rynkach/giełdach*. Jako główny podwód tej decyzji ubezpieczyciel podaje brak możliwości skutecznego zarządzania kosztami chorych pacjentów ze względu na niezrównoważoną pulę ryzyka. Humana w ramach *rynków/giełd* w 2017 r. ubezpieczała około 150.000 osób. Ubezpieczyciel stopniowo ograniczał swoją aktywność na tego typu rynkach – w 2016 r. działał w 15 stanach, a w 2017 r. już w 11. Innym ważnym powodem dla tej decyzji było zablokowanie przez sędziego federalnego

[781] A. Kodjak, *UnitedHealth To Leave Most Obamacare Exchanges In 2017*, 19.04.2016, https://www.npr.org/sections/health-shots/2016/04/19/474834930/unitedhealth-to-leave-most-obamacare-exchanges-in-2017?t=1598333130368 (dostęp: 25.08.2020).

[782] Z. Tracer, *Aetna to quit most ACA markets, joining major insurers*, 16.08.2016, https://www.benefitnews.com/news/aetna-to-quit-most-aca-markets-joining-major-insurers (25.08.2020).

[783] Ibidem.

możliwości fuzji z Aetną w ramach lepszej konsolidacji kosztów.[784]

Jest to pokłosiem zdecydowanego stanowiska Departamentu Sprawiedliwości, który stara blokować się tego typu transakcje powołując się na przepisy antymonopolowe. Wcześniej czterech ubezpieczycieli (Aetna i Humana oraz Anthem i Cigna) zapowiedziało chęć połączenia się w celu lepszego zarządzania kosztami na *rynkach/giełdach*. Te dwie fuzje miały przynieść tym podmiotom większą stabilizację ich działalności co byłoby korzystane także dla ich klientów. Jednak, Departament Sprawiedliwości złożył pozew przeciw tym transakcjom argumentując, że ich dojście do skutku doprowadzi do wyższych cen oraz spadku konkurencji.[785] W styczniu 2017 r. propozycja przejęcia Humany przez Aetnę za 34 mld USD została zablokowana przez Sąd Okręgowy Stanów Zjednoczonych[786] a w lutym ten sam los spotkał planowaną fuzję o wartości 54 mld USD pomiędzy Anthem i Cigną.[787]

Problemy z utrzymaniem się na *rynkach/giełdach* miało także wiele mniejszych podmiotów. Alternatywą i dodatkową konkurencją dla ubezpieczycieli komercyjnych miały być mniejsze podmioty – tzw. *spółdzielnie zdrowotne* (co-ops). Podmioty te funkcjonowały jako organizacje non-profit a ich członkowie zasiadali w zarządzie. Z zasady miały one być nastawione na konsumentów a nie na zysk oraz oferować tańsze plany zdrowotne od sowich komercyjnych konkurentów.[788]

Utworzone zostały 23 spółdzielnie, które dodatkowo otrzymały łącznie 2,4 mld USD pożyczek od rządu federalnego na rozpoczęcie działalności. Zdaniem rządu takie wsparcie otrzymały podmioty będące w stanie wykazać odpowiednią stabilność finansową w przyszłości. Wysiłki rządu federalnego nie powinny dziwić, gdyż te 23 spółdzielnie stanowiły swego rodzaju *zastępstwo* dla wcześniej planowanej tzw. *opcji publicznej* (public option) – zdrowotnych ubezpieczeń zarządzanych przez

---

[784] B. Japsen, *Humana To Fully Exit Obamacare In 2018*, 14.02.2017, https://www.forbes.com/sites/brucejapsen/2017/02/14/humana-will-leave-obamacare-in-2018-citing-unstable-risk-pools/#441a960370c1 (dostęp: 25.08.2020).

[785] D. Bartz, *U.S. blocks health insurer Aetna's $34 billion Humana acquisition*, 23.01.2017, https://www.reuters.com/article/us-humana-aetna-antitrust-idUSKBN1572BF (dostęp: 25.08.2020).

[786] U.S. Department of Justice, *U.S. District Court Blocks Aetna’s Acquisition of Humana*, 23.01.2017, https://www.justice.gov/opa/pr/us-district-court-blocks-aetna-s-acquisition-humana (dostęp: 25.08.2020).

[787] Ibidem.

[788] P. Galewitz, *Seven Remaining Obamacare Co-Ops Prepare Survival Strategies*, 13.07.2016, https://khn.org/news/seven-remaining-obamacare-co-ops-prepare-survival-strategies/ (dostęp: 25.08.2020).

rząd, których utworzenie ostatecznie nie doszło do skutku.[789]

Jak się jednak okazało spółdzielnie od samego początku swojej działalności miały problemy z utrzymaniem stabilności finansowej. W celu ograniczenia start podjęły się one między innymi próby renegocjacji umów ze szpitalami oraz innymi dostawcami. Mimo tych wysiłków ich liczba szybko zaczęła maleć. Na początku swojej działalności ubezpieczały one około 1 mln Amerykanów, ale już 2017 r. na rynku pozostało jedynie 7 (z 23) spółdzielni ubezpieczających 350 tys. osób.[790] Te 16 spółdzielni, które zostały zamknięte otrzymały wsparcie od rządu w wysokości 1,7 mld USD.

Wg raportu Generalnego Inspektora Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej z lipca 2015 r. Wszystkie spółdzielnie oprócz jednej ponosiły starty a ponad połowa z nich odnotowała starty netto w wysokości co najmniej 15 mln USD w pierwszym roku swojej działalności. Co więcej, w raporcie zwrócono również uwagę na fakt, że wiele z nich ustaliło składki na poziomie wyższym niż ubezpieczyciele komercyjni.[791]

Do przyczyn słabej kondycji finansowej spółdzielni oraz ich upadku zaliczyć można takie czynniki jak: nieodpowiedni proces oceny ryzyka, zbyt mała liczba ubezpieczonych, zbyt duża liczba ubezpieczonych o wysokim ryzyku zdrowotnym czy nieodpowiednie zarządzanie. Ponadto, spółdzielnie musiały stawić czoła brakowi rządowego wsparcia z programu korytarzy ryzyka. Innym problemem okazał się złożony mechanizm korekty ryzyka, który nakładał na spółdzielnie obowiązek dodatkowych wydatków. Przykładowo, w ramach programu korekty ryzyka HealthlyCT musiała wpłacić 13,4 mln USD co wpłynęło na znaczne pogorszenie jej stabilności finansowej. Inna spółdzielnia zdrowotna z Oregonu w po wykazaniu straty w wysokości 18 mln USD w 2015 r. spodziewała się 5 mln USD wsparcia z tego programu, ale zamiast tego otrzymała dodatkowy rachunek na 0,9 mln USD. Z kolei spółdzielnia Land of Lincoln 2015 r. zakończyła ze startą w wysokości 91 mln USD, ale została zobowiązana do zapłacenia

[789] S. C. Pipes, *Obamacare's Co-Op Disaster: Only 7 Remain*, 25.07.2016, https://www.forbes.com/sites/sallypipes/2016/07/25/obamacares-co-op-disaster-an-unfunny-comedy-of-errors/#5c8295805d5b (dostęp: 25.08.2020).

[790] P. Galewitz, *Seven Remaining Obamacare Co-Ops Prepare Survival Strategies*, 13.07.2016, https://khn.org/news/seven-remaining-obamacare-co-ops-prepare-survival-strategies/ (dostęp: 25.08.2020).

[791] D. R. Levinson/ Department of Health and Human Services (Office of the Inspector General), *Actual Enrollment and Profitability Was Lower than Projections Made by the Consumer Operated and Oriented Plans and Might Affect Their Ability to Repay Loans Provided under the Affordable Care Act*, 19.07.2015, https://oig.hhs.gov/oas/reports/region5/51400055.pdf (dostęp: 25.08.2020).

dodatkowych 32 mln USD. Nie powinno więc dziwić, że tak wiele z nich zaprzestało działalności, a część zaczęła pozywać rząd federalny z powodu braku wsparcia (korytarze ryzyka) jak i wymogu dokonania nieuzasadnionych (zdaniem spółdzielni) płatności na rzecz programu korekty ryzyka.[792]

Wszystkie te czynniki w większym lub mniejszym stopniu doprowadziły do upadku tego typu inicjatyw i to pomimo wydatnego wsparcia rządu. Po koniec 2020 r. została zamknięta kolejna spółdzielnia zdrowotna – New Mexico Health Connections (19.000 ubezpieczonych w 2019 r.) – co sprawiło, że w 2021 r. ich liczba skurczyła się już do 3 z początkowych 23 w 2014 r. Te trzy pozostałe spółdzielnie w 2019 r. obejmowały ochroną łącznie około 107.000 osób.[793]

W obliczu powyższych problemów z jakimi miały do czynienia zarówno większe jak i mniejsze podmioty ich łączna liczba zaczęła stopniowo spadać. W 2015 r. na każdy stanowy *rynek/giełdę* przypadało średnio 6 ubezpieczycieli a w 2018 już tylko 3,5. W następnych latach sytuacja zaczęła się nieco poprawiać (rysunek 56).

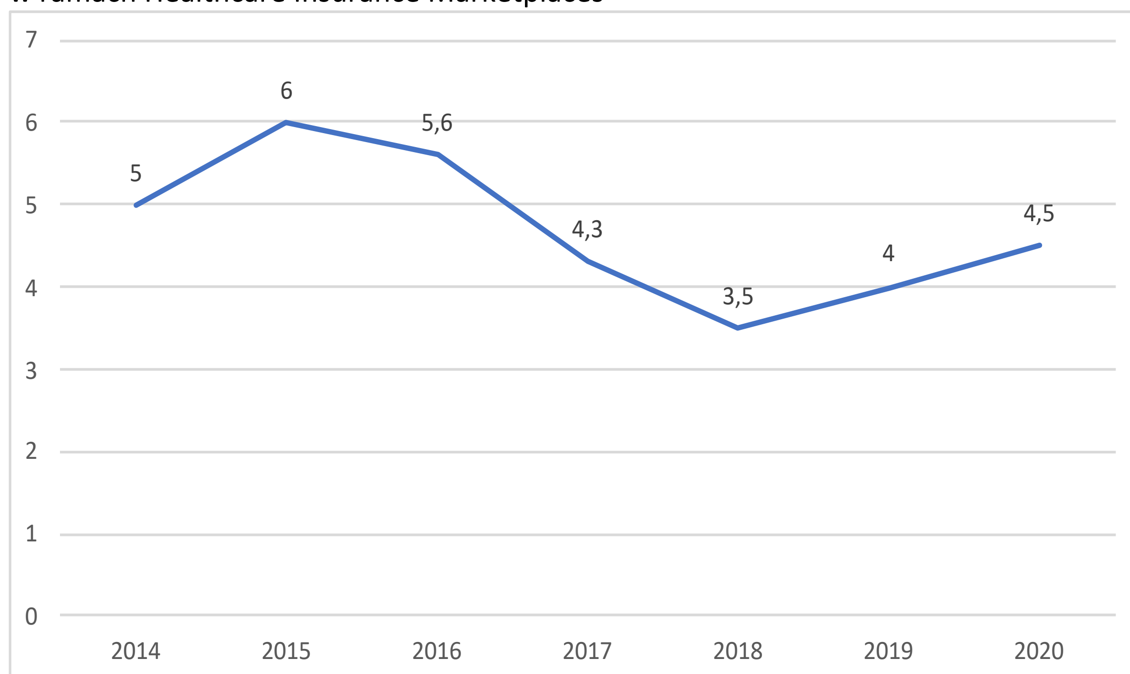
Należy jednak podkreślić, że ten rynek został opuszczony przez część z większych ubezpieczycieli co jest bardzo niepokojącym sygnałem. Z kolei te podmioty, które na nim pozostały musiały znacznie podwyższyć składki oraz inne opłaty jak np. udział własny. Sytuacja nie jest więc ustabilizowana, zwłaszcza kiedy stało się jasne, że nie udało się przyciągnąć dostatecznej liczby osób młodych w celu odpowiedniego rozłożenia ryzyka pomiędzy poszczególnymi grupami.

---

[792] S. Pipes, *Obamacare's Co-Op Disaster: Only 7 Remain*, 25.07.2016, https://www.forbes.com/sites/sallypipes/2016/07/25/obamacares-co-op-disaster-an-unfunny-comedy-of-errors/#5c8295805d5b (dostęp: 25.08.2020).

[793] L. Norris, *CO-OP health plans: patients' interests first*, 12.08.2020, https://www.healthinsurance.org/obamacare/co-op-health-plans-put-patients-interests-first/ (dostęp: 25.08.2020).

Rysunek 56. Średnia liczba ubezpieczycieli w każdym stanie oferująca plany zdrowotne w ramach Healthcare Insurance Marketplaces

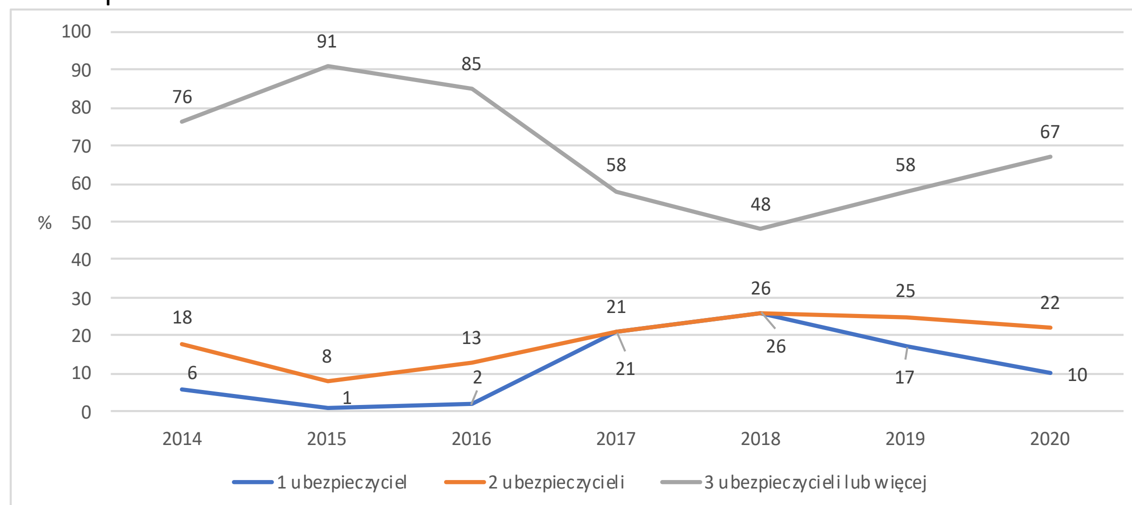


Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Fehr, R. Kamal, C. Cox, *Insurer Participation on ACA Marketplaces, 2014-2020*, 21.11.2019, https://www.kff.org/private-insurance/issue-brief/insurer-participation-on-aca-marketplaces-2014-2020/?fbclid=IwAR2vYZrcKrmvln594bOVZD4gfiGfBXA-W4sdA-WLKOFQeIIpL_OBrSqfMIs (dostęp: 26.08.2020).

Uwagi: Dane pochodzą z HealthCare.gov oraz z danych udostępnianych przez poszczególne stany.

Ubezpieczeni, którzy pozostali na *rynkach/giełdach* oprócz wyższych wydatków mieli także mniejszy wybór, jeśli chodzi o plany zdrowotne – w 2020 r. 32% z nich mogło wybierać swoje plany zdrowotne pomiędzy jednym (10%) lub dwoma (22%) ubezpieczycielami. Jest to i tak pewna poprawa w stosunku do 2018 r., kiedy 32% ubezpieczonych mogło skorzystać z oferty tylko jednego ubezpieczyciela a kolejne 32% mogło wybierać pomiędzy dwoma z nich (rysunek 57) – było to efektem między innymi wyjść większych ubezpieczycieli oraz bankructw mniejszych podmiotów.

Rysunek 57. Udział ubezpieczonych (w proc.) mających dostęp do określonej liczny ubezpieczycieli oferujących plany zdrowotne w ramach Healthcare Insurance Marketplaces



Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Fehr, R. Kamal, C. Cox, *Insurer Participation on ACA Marketplaces, 2014-2020*, 21.11.2019, https://www.kff.org/private-insurance/issue-brief/insurer-participation-on-aca-marketplaces-2014-2020/?fbclid=IwAR2vYZrcKrmvln594bOVZD4gfiGfBXA-W4sdA-WLKOFQeIIpL_OBrSqfMIs (dostęp: 26.08.2020).

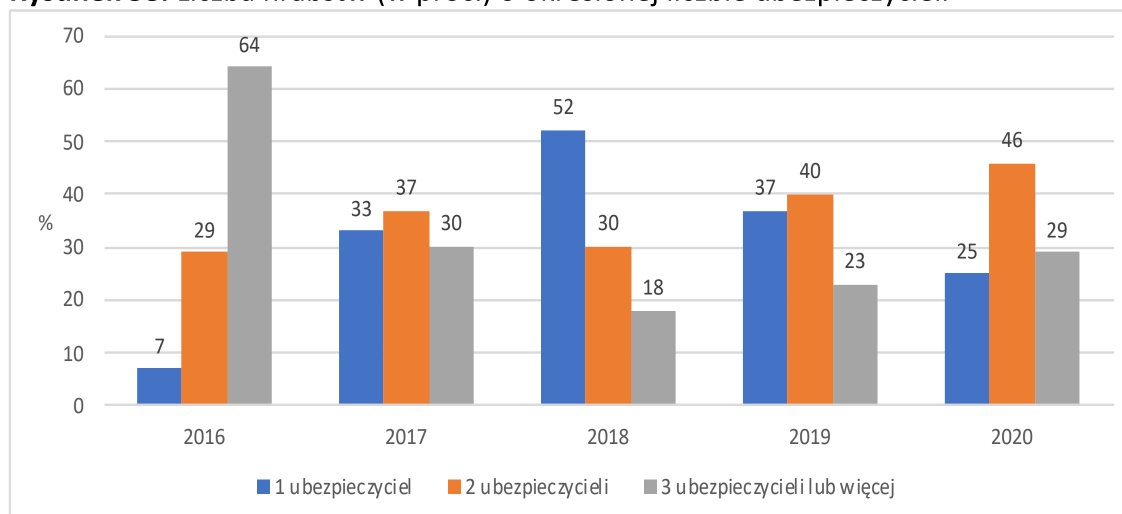
Uwagi: Dane pochodzą z HealthCare.gov oraz z danych udostępnianych przez poszczególne stany. Dane mogą się nie sumować do 100% ze względu na zaokrąglenia.

W całym kraju znany jest również przypadek jednego z hrabstw w Arizonie – Pinal County – które po decyzji Aetny o wycofaniu się z tego stanu od 2017 r. stanęło w obliczu zagrożenia pozostania bez żadnego ubezpieczyciela oferującego plany zdrowotne na jego obszarze. Ostatecznie na lokalnym rynku pozostał jeden ubezpieczyciel (Blue Cross Blue Shield of Arizona) co pozwoliło 10.000 ubezpieczonym na kontynuowanie ich ochrony.[794] Dane przedstawione na rysunkach 53 i 54 mogą być nieco mylące, gdyż ubezpieczyciel obecny w danym stanie nie musi oferować ubezpieczeń na całym jego obszarze. W 2016 r. w 7% hrabstw (counties) był obecny tylko jeden ubezpieczyciel. Dwa lata później odsetek ten wzrósł aż do 52%, aby w 2020 r. wynieść 25% (rysunek 58). Tak duża zmienność świadczy o relatywnie niewielkiej liczbie ubezpieczycieli oferujących określone plany zdrowotne. Zatem, nawet wyjście jednego z nich może wywołać poważne fluktuacje na danym *rynku/giełdzie*.

---

[794] K. Alltucker, *Close call: How Pinal County could have been the only place in the U.S. with no 'Obamacare' choice*, 09.09.2016, https://eu.azcentral.com/story/money/business/health/2016/09/08/blue-cross-agrees-to-sell-health-plans-through-obamacare-in-pinal-county/89981732/ (dostęp: 26.08.2020).

Rysunek 58. Liczba hrabstw (w proc.) o określonej liczbie ubezpieczycieli



Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Fehr, R. Kamal, C. Cox, *Insurer Participation on ACA Marketplaces, 2014-2020*, 21.11.2019, https://www.kff.org/private-insurance/issue-brief/insurer-participation-on-aca-marketplaces-2014-2020/?fbclid=IwAR2vYZrcKrmvln594bOVZD4gfiGfBXA-W4sdA-WLKOFQeIIpL_OBrSqfMIs (dostęp: 26.08.2020); R. Fehr, C. Cox, L. Levitt, *Insurer Participation on ACA Marketplaces, 2014 - 2019*, 01.11.2018, http://files.kff.org/attachment/Issue-Brief-Insurer-Participation-on-ACA-Marketplaces-2014-2019 (dostęp: 26.08.2020); C. Cox i in., *2017 Premium Changes and Insurer Participation in the Affordable Care Act's Health Insurance Marketplaces*, 01.11.2016, https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/2017-premium-changes-and-insurer-participation-in-the-affordable-care-acts-health-insurance-marketplaces/ (dostęp: 26.08.2020).

Uwagi: Dane pochodzą z HealthCare.gov oraz z danych udostępnianych przez poszczególne stany.

Podsumowanie

Utworzone *rynki/giełdy* nie ułatwiły Amerykanom dostępu do przystępnej opieki zdrowotnej oraz okazały się bardzo niestabilne. Na podstawie powyższej analizy nie można wskazać w zasadzie żadnej grupy, która byłaby zadowolona i spokojna o swoją przyszłość. Przypadek utworzenia i funkcjonowania *rynków/giełd* dobrze pokazuje jak złożonym tworem jest rynek ubezpieczeń oraz że rządowe wysiłki w celu jego uregulowania kolejny raz nie przyniosły oczekiwanych efektów. Spirala zainicjowana przez regulacje ObamaCare ma nieco inny przebieg, ale jej negatywne konsekwencje odczuwają wszyscy uczestnicy *rynków/giełd*: ubezpieczeni, ubezpieczyciele, rządy stanowe oraz rząd federalny.

Przyszłość tego projektu nie napawa optymizmem z kilku powodów. Po pierwsze, odejścia części ubezpieczycieli, mimo że dla nich korzystne, to jednak pozostawiły część osób o wysokim ryzyku zdrowotnym bez ubezpieczenia. Część z tych osób wybrała więc inne plany zdrowotne, co w niedalekiej przyszłości może prowadzić do kolejnych

podwyżek składek oraz do dalszej destabilizacji planów zdrowotnych – ujmując to inaczej: takie osoby mogą generować podobne lub nawet wyższe koszty dla kolejnych ubezpieczycieli. Po drugie, ubezpieczyciele nie mają obowiązku uczestnictwa na tego typu rynkach, więc w przypadku ponoszenia dalszych strat część z nich może postąpić podobnie jak UnitedHealth, Aetna czy Humana. Po trzecie, w przypadku zgłoszenia kolejnych podwyżek składek rządy stanowe zostaną niejako postawione pod ścianą. Jeśli nie zaakceptują podwyżek, kolejni ubezpieczyciele opuszczą stanowe *rynki/giełdy*. Z kolei, w przypadku akceptacji dla podwyższenia wysokości składek pogorszy się sytuacja ubezpieczonych. Niezbędne będzie wówczas przeznaczenie jeszcze większych środków rządowych, chociażby ze względu na wyższe ulgi dla osób o niższych dochodach. Jest to więc patowa sytuacja, która przyniesie dalszy wzrost wydatków, podatków oraz racjonowanie dostępu do świadczeń medycznych. Po czwarte, można stwierdzić, że ubezpieczyciele byli zbyt optymistycznie nastawieni co do możliwości oferowania tego rodzaju przystępnych cenowo planów zdrowotnych. Zawiodły także rządowe programy wsparcia co sprawia, że w przyszłości mogą być oni bardziej zdystansowani do tego typu współpracy. Po piąte, jasno widać, że ubezpieczyciele nie mogą funkcjonować na zasadach rynkowych – pełnią oni jedynie funkcję pośredników działających w sztywnych ramach utworzonych przez regulacje ObamaCare. Zaangażowanie rządu federalnego zarówno od strony fiskalnej jak i regulacyjnej jest bardzo duże. Jednak, w przyszłości może ono ulec zwiększeniu, kiedy okaże się, że ubezpieczyciele nie będą chcieli już dalej być obecni na *rynkach/giełdach*. Sytuacja taka może doprowadzić do utworzenia całkowicie rządowych opcji/planów ubezpieczeń zdrowotnych już bez udziału prywatnych podmiotów.

4.3.2. Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Rynek indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych poza rynkami/giełdami

Istotne zmiany zaszyły także na rynku indywidualnych ubezpieczeń zdrowotnych, na którym przed ObamaCare ubezpieczonych było około 14 mln osób. Część z nich dokonała tego wyboru ze względu na prowadzenie własnej działalności gospodarczej lub z powodu braku ubezpieczenia oferowanego przez pracodawcę. Niektórzy zdecydowali się na indywidualne ubezpieczenie również ze względu na chęć wyboru planu katastroficznego z ograniczonym zakresem, niższą składką i wyższymi kosztami własnymi.

Po uchwaleniu ObamaCare stało się jasne, że te plany zdrowotne będą musiały przejść proces dostosowawczy w celu osiągnięcia zgodności z założeniami reformy – chociażby ze względu na zakres ubezpieczenia. Naturalnie, wywołało to rosnące obawy ubezpieczonych o przyszłość ich planów, które chcieli zachować w niezmienionej postaci. Sytuację próbował załagodzić także Prezydent Obama wielokrotnie zapewniając, że każdy będzie mógł zachować swój indywidualny plan, jeśli tego zechce. Szybko jednak okazało się, że nie będzie to możliwe. Utrzymanie starszych planów w niezmienionej postaci mogło bowiem wydatnie utrudnić realizację założonych celów, gdyż zbyt mało osób ubezpieczyłoby się na *rynkach/giełdach* ze względu na istnienie tańszych opcji itd. To z kolei rodziło (słuszne) obawy o odpowiednie rozłożenie ryzyka czy kosztów ubezpieczenia na poszczególne grupy.

Mając na uwadze naciski na zachowanie tych planów zdrowotnych zdecydowano się na pozostawienie części z nich – mimo, że nie spełniały one do końca wymogów stawianych przez ObamaCare. Plany te zostały określone mianem *dziedziczonych* (grandfathered plans), a warunkiem ich zachowania było ich zawarcie najpóźniej do 23 marca 2010 r. Jednak, wg wstępnych szacunków anulacją miało zostać objętych około 70% takich ubezpieczeń, co jeszcze zwiększyło presję na zachowanie możliwości ich kontynuacji. Tak duża skala anulacji wynikała z faktu, że wymagania stawiane przez twórców zmian były bardzo rygorystyczne. Dotyczyło to w szczególności zakresu ubezpieczenia, który w przypadku polis indywidualnych z reguły był bardziej ograniczony. Również w przypadku zachowanych planów zdrowotnych napotkano na

szereg problemów. Po pierwsze, były to tzw. *plany zamknięte* (block closure) co oznacza, że nie można do nich przyjmować nowych ubezpieczonych. Takie ubezpieczenie z czasem stawałoby się więc coraz bardziej kosztowne ze względu na starzejącą się grupę ubezpieczonych czy możliwe wcześniejsze rezygnacje części z nich, co w ich przypadku może wywołać kolejne *małe* spirale śmierci. Plany te prędzej czy później i tak musiałyby zostać wycofane przez ubezpieczycieli.[795] Po drugie, nawet w przypadku części tych ubezpieczycieli, którzy byli skłonni do kontynuowania swoich wcześniejszych planów zdrowotnych, znaczną przeszkodą były rygorystyczne wymagania co do zakresu ubezpieczenia, sieci dostawców, wysokości składek itd. Nawet nieznaczne modyfikacje mogły doprowadzić do utraty statusu ubezpieczenia *dziedziczonego*.

Wszystkie te czynniki spowodowały, że wielu ubezpieczycieli postanowiło anulować przynajmniej część swoich dotychczasowych planów by zaproponować nowe opcje już dostosowane do wymagań ObamaCare. Przykładowo, Florida Blue anulował około 300.000 swoich indywidualnych planów zdrowotnych, co stanowiło 80% ze wszystkich planów ubezpieczyciela w stanie. Kaiser Permanente wycofał 160.000 polis w Kalifornii, czyli połowę posiadanej ilości. Inny ubezpieczyciel z Kalifornii – Blue Shield of California – wysłał około 119.000 listów anulacyjnych do swoich klientów, co stanowiło 60% z jego indywidualnych planów zdrowotnych. Dodatkowo ubezpieczyciel poinformował, że około 2/3 dotychczas ubezpieczonych powinno spodziewać się podwyżek składek. Independence Blue Cross wycofał 45% swoich planów zdrowotnych w Filadelfii, a Highmark 20% w Pensylwanii.[796]

Co ciekawe, dwaj ostatni ubezpieczyciele anulowali plany zdrowotne ubezpieczonym z już występującymi schorzeniami. Z kolei ubezpieczeni o niższym ryzyku zdrowotnym dostali propozycję przedłużenia ich ubezpieczeń na kolejny rok. Z tego powodu, na ubezpieczycieli zostały skierowane podejrzenia o chęć przekierowania chorych ubezpieczonych na *rynki/giełdy* i poprawy struktury ryzyka ubezpieczonych w swoich indywidualnych planach.[797] Bez względu na zasadność tych podejrzeń,

[795] Więcej na ten temat zob. H. E. Frech, M. P. Smith, *Anatomy of a Slow-Motion Health Insurance Death Spiral*, „North American Actuarial Journal" 2015, nr 1, s. 60–72.

[796] J. Appleby, A. Gorman, *Thousands Of Consumers Get Insurance Cancellation Notices Due To Health Law Changes*, 21.10.2013, https://khn.org/news/cancellation-notices-health-insurance/ (dostęp: 01.09.2020).

[797] Ibidem.

działania ubezpieczycieli nie powinny dziwić. Jeśli nie mają oni możliwości jakiegokolwiek ograniczania kosztów muszą podjąć bardziej zdecydowane działania w celu zachowania przynajmniej części klientów. W innym przypadku, takie ubezpieczenia stałyby się zbyt kosztowne dla tej drugiej grupy ubezpieczonych i to ona byłaby zmuszona do rezygnacji z takiego ubezpieczenia.

Wg szacunków Urban Institute pod koniec 2013 r. anulacje objęły około 2,6 mln indywidualnych planów zdrowotnych, co stanowiło 18,6% tego rynku. Ze względu na wiele skarg Departament Zdrowia i Opieki Społecznej już w listopadzie tego samego roku zezwolił stanom na kontynuowanie ubezpieczeń niezgodnych z wymogami ObamaCare[798] w 2014 r. by później wydłużyć ten okres do 2017 r. (ostatecznie, z takiej możliwości skorzystało 40 stanów).[799] Jednak, po upływie tego okresu zdecydowano się na dalsze prolongaty takich planów zdrowotnych. W biuletynie opublikowanym przez CMS w marcu 2019 r. zostały zawarte dalsze wytyczne umożliwiające stanom przedłużenie tych planów na 2021 r.[800] Zgodnie z nimi stany będą mogły zdecydować, czy przedłużenie ma wynieść cały rok lub jego część oraz czy prolongata ma obejmować rynek indywidualny czy także małe rynki grupowe.[801]

Warto także nadmienić, że status planów *odziedziczonych* przysługuje również niektórym ubezpieczeniom grupowym zawieranym przez pracodawcę. Podobnie jak w przypadku ubezpieczeń indywidualnych, są to plany zdrowotne, które obowiązywały w momencie uchwalenia ObamaCare, ale nie spełniały wszystkich wymogów ustawy. Plany te mogły być dalej kontynuowane pod warunkiem, że firmy nie będą znacząco zmieniać podziału kosztów, wysokości składek czy zakresu ubezpieczenia. Nowi pracownicy mogą przystąpić do takiego ubezpieczenia, jeżeli firma w sposób ciągły zapewniała taką możliwość. Wg danych Kaiser Family Foundation w 2019 r. 22% ze wszystkich firm oferowało swoim pracownikom co najmniej jeden *odziedziczony* plan zdrowotny, którymi objętych było 13% ze wszystkich ubezpieczonych pracowników.

---

[798] Lub niemających statusu *odziedziczonego* planu zdrowotnego.

[799] L. Clemans-Cope, N. Anderson, *QuickTake: Health Insurance Policy Cancellations Were Uncommon in 2014*, 12.03.2015, http://hrms.urban.org/quicktakes/Health-Insurance-Policy-Cancellations-Were-Uncommon-in-2014.html (dostęp: 01.09.2020).

[800] Dla planów zdrowotnych, których rok polisowy rozpoczynał się 01.10.2020 r. lub wcześniej.

[801] Centers for Medicare & Medicaid Services, *Insurance Standards Bulletin Series – INFORMATION – Extension of Limited Non-Enforcement Policy through 2020*, 25.03.2019, https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Regulations-and-Guidance/Downloads/Limited-Non-Enforcement-Policy-Extension-Through-CY2020.pdf (dostęp: 01.09.2020).

Co ciekawe, aż 20% ze wszystkich pracowników/przedstawicieli stanowych lub lokalnych rządów posiada *odziedziczone* plany zdrowotne, co jest drugim najwyższym odsetkiem (zaraz po przemyśle hurtowym – 25%), uwzględniając podział na poszczególne części (przemysły) gospodarki USA.[802]

Podatek od cadillaców (Cadillac Tax)

Pracodawcy oferujący swoim pracownikom ubezpieczenia zdrowotne doświadczali dużej niepewności związanej z perspektywą wprowadzenia podatku od wysoko kosztowych planów zdrowotnych. Jego wprowadzenie było kilkukrotnie przesuwane – ostatnio na 2022 r. Ostatecznie, 20 grudnia 2019 r. Prezydent Trump podpisał ustawę całkowicie znoszącą jego wejście w życie. Wielu pracodawców, związków zawodowych, ubezpieczycieli i innych podmiotów było przeciwnych nowemu podatkowi. Obawiano się, że pracodawcy w celu jego uniknięcia (lub opóźnienia) będą ograniczać zakres ubezpieczenia, zwiększą koszty pracowników (np. udział własny) czy też zrekompensują sobie koszty nowego podatku poprzez zmniejszenie wynagrodzenia pracowników.[803]

Jego wprowadzenie wymagałoby także doprecyzowania wielu szczegółów. Przykładowo, limit wysokości składki, powyżej której naliczany miał być podatek w 2022 r. oszacowano na 11.000 USD dla polis indywidualnych oraz 30.000 USD dla polis w wariancie rodzinnym. Jednak, limity te miały zostać podwyższone w przypadku ubezpieczonych pracowników wykonujących zawody o wysokim ryzyku jak np. egzekwowanie prawa czy praca w budownictwie. Wyższe limity miały także obejmować niektóre grupy ubezpieczonych – w zależności od ich struktury demograficznej (w tym wieku i płci). Podatek miał objąć także oszczędności gromadzone na medycznych rachunkach oszczędnościowych, aby pracodawcy nie transferowali na nie środków zaoszczędzonych na np. na obniżkach składek. Wysokość podatku miała

[802] Kaiser Family Foundation, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA 2019, s. 207-210.

[803] Cigna, *Three ACA Taxes Repealed and 5th Circuit Decision in Two Major Events This Week*, 12.2019, https://www.cigna.com/employers-brokers/insights/informed-on-reform/news/three-aca-taxes-repealed-and-fifth-circuit-decision-this-week (dostęp: 02.09.2020).

rosnąć wraz z wysokością składki (tabela 23).[804]

Tabela 23. Przykładowe wysokości podatku od cadillaca – gdyby wszedł on w życie w 2018 r.

Ubezpieczenie w wariancie indywidualnym					
Koszt planu zdrowotnego (USD)	11.000	12.000	13.000	14.000	15.000
Podatek (USD)	320	720	1.120	1.520	1.920
Ubezpieczenie w wariancie rodzinnym					
Koszt planu zdrowotnego (USD)	28.000	30.000	32.000	34.000	36.000
Podatek (USD)	200	1.000	1.8000	2.600	3.400

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Cigna, *Cadillac Tax*, brak daty, https://www.cigna.com/employers-brokers/insights/informed-on-reform/cadillac-tax (dostęp: 02.09.2020).

Uwagi: Limity, powyżej których naliczany jest 40-procentowy podatek pochodzą z 2018 r. i wynoszą 10.200 USD dla wariantu indywidualnego oraz 27.500 USD dla wariantu rodzinnego. W 2022 r. miały zostać one podwyższone.

Koszt planu zdrowotnego obejmuje składki opłacane zarówno przez pracodawcę jak i pracownika. W jego skład nie wchodzą natomiast wydatki bezpośrednie pokrywane przez pracowników jak: udział własny, współpłacenie czy współubezpieczenie.

Wg szacunków Kaiser Family Foundation nowy podatek objąłby około 21% pracodawców oferujących ubezpieczenia zdrowotne, gdyby zaczął obowiązywać w 2022 r. Odsetek ten wzrósłby do 31% gdyby uwzględnione zostały także dobrowolne wpłaty pracowników na Flexible Spending Accounts – konta działające na podobnej zasadzie co medyczne rachunki oszczędnościowe. Warto jednak zaznaczyć, że szacunki te oparte są na założeniach, że pracodawcy nie będą modyfikowali swoich planów zdrowotnych w celu uniknięcia podatku.[805]

Przed zniesieniem tego podatku, firmy podejmowały wiele działań mających na celu zmniejszenie kosztów poniżej ustalonych progów. Jednak, wg relacji dyrektorów finansowych (CFOs), nie można było oczekiwać, że działania te dadzą odpowiedni efekt, gdyż nie mieli oni wystarczających informacji z Departamentu Skarbu USA i Urzędu Skarbowego. Decyzje były więc podejmowane w warunkach dużej niepewności. Przykładowo, jedna z firm – Adaptive Biotechnologies – w celu obniżki wydatków na

---

[804] Cigna, *Cadillac Tax*, brak daty, https://www.cigna.com/employers-brokers/insights/informed-on-reform/cadillac-tax (dostęp: 02.09.2020).

[805] Kaiser Family Foundation, *Analysis: 'Cadillac Tax' on High-Cost Health Plans Could Affect 1 in 5 Employers in 2022*, 12.07.2019, https://www.kff.org/private-insurance/press-release/analysis-cadillac-tax-on-high-cost-health-plans-could-affect-1-in-5-employers-in-2022/ (dostęp: 02.09.2020).

świadczenia zdrowotne planowała np. zmianę formy ubezpieczenia – z oferowanego i administrowanego przez ubezpieczyciela (fully insured) na samo-ubezpieczenie (self-insured). Z kolei wg relacji dyrektora finansowego Brookfield Infrastructure Partners LP – przedsiębiorstwa oferującego usługi energetyczne – jedynym wyjściem było przeniesienie kosztów na pracowników. Dlatego, decyzja o uchyleniu zapowiadanego podatku została przyjęta z dużą aprobatą. Wcześniej utworzona została także inicjatywa pod nazwą *The Alliance to Fight the 40* zrzeszająca łącznie ponad 1.000 podmiotów i instytucji publicznych oraz prywatnych, które dążyły do całkowitego zniesienia tego podatku. W jej skład weszły między innymi takie podmioty jak Exxon Mobil Corp., Pfizer Inc. czy AT&T Inc., wiele związków zawodowych czy organizacji wspierających pacjentów.[806]

Warto także zaznaczyć, że poza zniesieniem tego podatku, uchylone zostały również dwie inne daniny: podatek od ubezpieczycieli zdrowotnych (Health Insurer Tax) oraz podatek od urządzeń medycznych (Medical Device Tax). Pierwszy przestanie obowiązywać od 2021 r. Łączne wpływy z tego podatku w 2014 r. wyniosły 8 mln USD i stale rosły. Były one uzależnione od udziału danego ubezpieczyciela w rynku. Z kolei drugi podatek w wysokości 2,3% obejmował przychody ze sprzedaży urządzeń medycznych. Obowiązywał on w latach 2013-2015 by w kolejnym okresie – 2016-2019 – zostać zawieszonym. Od 31 grudnia 2019 r. został on całkowicie zniesiony.[807]

Nowe obowiązki dla „dużych" pracodawców

Mimo zniesienia obowiązku posiadania ubezpieczenia zdrowotnego (individual mandate) oraz kilku podatków niektóre regulacje wciąż pozostały w mocy. Zaliczyć do nich należy np. obowiązek (od 2015/2016 r.) oferowania przez *dużych* pracodawców planów zdrowotnych o określonych standardach swoim pracownikom. Dostosowania do wymogów Obamacare nie wywołały aż tak dużego zamieszania na

---

[806] M. Maurer, *Finance Chiefs Relieved After Repeal of Cadillac Tax*, 23.12.2019, https://www.wsj.com/articles/finance-chiefs-relieved-after-repeal-of-cadillac-tax-11577137387 (dostęp: 02.09.2020).

[807] Cigna, *Three ACA Taxes Repealed and 5th Circuit Decision in Two Major Events This Week*, 12.2019, https://www.cigna.com/employers-brokers/insights/informed-on-reform/news/three-aca-taxes-repealed-and-fifth-circuit-decision-this-week (dostęp: 02.09.2020).

rynku ubezpieczeń pracowniczych jak w przypadku rynku indywidualnego między innymi ze względu na to, że plany pracodawców posiadały szerszy zakres ubezpieczenia.

Jednak, dla części firm nowe regulacje oznaczały wyższe koszty. Dlatego, w celu ich uniknięcia mogły one zredukować liczbę godzin przynajmniej części swoim pełnoetatowym pracownikom – np. z 35 do 29 czy 28 godzin tygodniowo. W tym kontekście zaczęto nawet mówić o nowej grupie Amerykanów – *29ers*, co dotyczyło pracowników, których objęły takie redukcje czasu pracy.[808] Wynika to z prostego faktu, że jeżeli firma nie będzie zatrudniała minimum 50 pełnoetatowych pracowników, to regulacje Obamacare nie będą jej obejmowały. Inne możliwe skutki to obniżka wynagrodzeń pracownikom pełnoetatowym. Regulacje ObamaCare nie stanowią tutaj żadnego wyjątku – pracodawca nie może utrzymać liczby godzin czy odpowiedniego poziomu wynagrodzenia pracowników przy jednoczesnym pokrywaniu wyższych kosztów ubezpieczenia, jeśli odpowiednio nie wzrośnie ich krańcowa produktywność pracy.

Zmniejszanie godzin pracy pracownikom może mieć także negatywne konsekwencje prawne. Jako przykład może tutaj posłużyć przypadek Dave & Buster's – amerykańskiej sieci restauracji i usług rozrywkowych – która została pozwana przez swoich pracowników za zredukowanie im godzin pracy w celu uniknięcia przez firmę dostosowania się do wymagań ObamaCare. Redukcja ta pociągnęła za sobą utratę ubezpieczenia zdrowotnego oraz statusu pełnoetatowego pracownika. Wg pracowników działania te naruszyły Ustawę o Zabezpieczeniu Dochodów Emerytalnych Pracowników (Employee Retirement Income Security Act – ERISA) i w sposób niezgodny z prawem pozbawiły ich ubezpieczenia zdrowotnego, które posiadali przed wejściem w życie ObamaCare w 2014 r.[809]

Zapisy ERISA uniemożliwiają bowiem pracodawcom na celowe podejmowanie działań, które mogą ograniczać lub utrudniać pracownikom pobieranie określonych świadczeń. Z kolei, kierownictwo firmy podczas kilku spotkań z pracownikami

[808] D. R. Henderson, *Even Left-Leaning Econ Writers Are Impoverished by Obamacare*, 24.08.2016, https://fee.org/articles/even-left-leaning-econ-writers-are-impoverished-by-obamacare/ (dostęp: 02.09.2020).

[809] C. C. Hawkins, A. Hwang, *Cutting Employee Hours to Avoid ACA Requirements Costs Employer $7.4 Million*, 20.12.2018, https://www.dwt.com/blogs/employment-labor-and-benefits/2018/12/cutting-employee-hours-to-avoid-aca-requirements-c (dostęp: 03.09.2020).

informowało, że dostosowania do wymogów ObamaCare wygenerują ponad 2 mln USD dodatkowych kosztów, których chciano uniknąć. Ostatecznie sędzia Sądu Federalnego zatwierdził proponowaną ugodę pieniężną w wysokości 7,4 mln USD. Ugoda ta zapewniła odszkodowania dla 1.200 obecnych i byłych pełnoetatowych pracowników Dave & Buster's.[810]

Część opinii publicznej może to uznać za zwycięstwo pracowników i jednocześnie krytykować działania firmy. Jednak, w dłuższej perspektywie więcej podobnych wyroków (lub nawet możliwości ich podobnych wyników) może skłonić niektórych pracodawców np. do zatrudniania nowych pracowników tylko w niepełnym wymiarze czasu godzin w celu uniknięcia przyszłych pozwów. Koszt ugody zostanie także prawdopodobnie (po części) zrekompensowany przez Dave & Buster's w postaci niższych wynagrodzeń w przyszłości, mniejszych inwestycji itp. Prawdą jest, że sytuacja pracowników uległa pogorszeniu, ale za główną przyczynę tego stanu rzeczy należy uznać regulacje ObamaCare, które spowodowały określne działania firmy. Ograniczanie kosztów jest istotnym czynnikiem działalności przedsiębiorczej a utrudnianie takich działań zwiększa nieefektywność firm co prowadzi do gorszego zaspokajania potrzeb konsumentów. Firma może np. zrealizować błędną inwestycję i następnie ratować się poprzez częściowe redukcje etatów. Niemniej, opisany powyżej przypadek dotyczy zupełnie innej sytuacji – chęci uniknięcia dodatkowych i pewnych kosztów nie wynikających ze zmian na rynku, ale z przymusowych regulacji. Prawa przysługujące pracownikom na podstawie konkretnych ustaw w żaden sposób nie znoszą praw ekonomicznych i zasad działania rynku.

W tym kontekście warto jednak podkreślić, że regulacje obejmujące ubezpieczenia zdrowotne, już dawno przed 2014 r., w pewien sposób negatywnie wpływały na rynek pracy np. poprzez ograniczanie mobilności pracowników, kiedy byli oni mniej chętni do zmiany pracy lub rozpoczęcia własnego biznesu ze względu na obawę utarty dogodnego planu zdrowotnego czy otrzymania jego gorszej wersji itp.

Większa uciążliwość nowych regulacji dla mniejszych pracodawców może również pomóc wytłumaczyć fakt, dlaczego w mniejszych firmach (3-199 pracowników)

[810] R. Sheen, *Dave & Buster's Demonstrates Importance of Complying With the ACA*, 29.01.2020, https://acatimes.com/dave-busters-demonstrates-importance-of-complying-with-the-aca/ (dostęp: 03.09.2020).

aż 19% ubezpieczonych pracowników posiada *odziedziczone* plany zdrowotne, podczas gdy w firmach zatrudniających 200 lub więcej pracowników odsetek ten (w 2019 r.) wyniósł już 10%.[811]

Dodatkowo, pracodawcy są obciążani dodatkowymi zadaniami administracyjnymi, gdyż muszą udowodnić, że w danym roku zaoferowali swoim pracownikom ofertę ubezpieczenia zdrowotnego zgodnego z wymogami ObamaCare. *Potwierdzenie* to polega na dostarczeniu w odpowiednim czasie pełnoetatowym pracownikom specjalnych formularzy oraz wysłania ich kopii do IRS pocztą zwykłą lub drogą elektroniczną, jeśli ich liczba wynosi 250 lub więcej.[812]

---

[811] Kaiser Family Foundation, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA 2019, s. 209.

[812] Internal Revenue Service, *Information Reporting by Applicable Large Employers*, brak daty, https://www.irs.gov/affordable-care-act/employers/information-reporting-by-applicable-large-employers (dostęp: 02.09.2020).

4.3.3. Rynek farmaceutyczny

Nowe perspektywy dla firm farmaceutycznych

Podobnie jak ubezpieczyciele, również firmy farmaceutyczne musiały odnaleźć się w nowej rzeczywistości. Regulacje ObamaCare nakładały na nie pewne obowiązki i obciążenia, ale dawały też określone korzyści. Do tych pierwszych zaliczyć można między innymi dążenia przez stronę rządową do uzyskania większych rabatów na leki na receptę dla beneficjentów takich programów jak Medicare (część D), Medicaid czy nowy podatek obejmujący producentów i importerów leków oryginalnych. Z kolei, zakładany wzrost liczby ubezpieczonych na indywidualnych rynkach czy obowiązki nakładane na pracodawców znacznie zwiększyły liczbę potencjalnych klientów.

Wpłynęło to na pozytywne prognozy wzrostu sprzedaży leków na receptę (RX) zwłaszcza wśród grupy osób do 26 lat, które mogły dłużej korzystać z ubezpieczenia swoich rodziców oraz dla ubezpieczonych poprzez nowo utworzone *rynki/giełdy*, które dawały im szeroki zakres ubezpieczenia oraz pokrywały większą część kosztów osobom o niższych dochodach.[813] Wg danych firmy konsultingowo-badawczej Global Data z 2015 r. uwarunkowania te po części przyczyniły się wyższego prognozowanego wzrostu wartości rynku farmaceutycznego w USA z 395 mld USD w 2014 r. do 548 mld USD w 2020 r.[814] Dla producentów leków oryginalnych jest to tym bardziej korzystne, gdyż prognozowane wzrosty sprzedaży zbiegają się z wygasającymi patentami na popularne leki oryginalne jak np. Lipitor (lek obniżający poziomu cholesterolu we krwi) firmy Pfizer, Plavix (lek przeciwpłytkowy) produkowany przez Bristol-Myers Squibb czy lek przeciwcukrzycowy Actos, którego producentami są Eli Lilly i Takeda Pharmaceuticals.[815]

[813] A. Daemmrich, *U.S. Healthcare Reform and the Pharmaceutical Industry*, Harvard Business School, USA 2011, s. 28-29.

[814] Drug Discovery Trends Editor, *U.S. Pharmaceutical Market Value Will Approach $550 Billion by 2020: GlobalData*, 17.03.2015, https://www.drugdiscoverytrends.com/u-s-pharmaceutical-market-value-will-approach-550-billion-by-2020-globaldata/ (dostęp: 08.09.2020).

[815] B. Japsen, *Obamacare Will Bring Drug Industry $35 Billion In Profits*, 25.05.2013, https://www.forbes.com/sites/brucejapsen/2013/05/25/obamacare-will-bring-drug-industry-35-billion-in-profits/#13eddbd534a5 (dostęp: 08.09.2020).

Wyższe rabaty na leki na receptę

Jednym z celów ObamaCare było wsparcie finansowe seniorów przy zakupie leków, którzy znaleźli się w tzw. *dziurze pączkowej*. W tym aspekcie do 2020 r. wprowadzony został szereg zmian w Medicare (część D) – wspierającej osoby starsze w zakupach leków na receptę. W pierwszej kolejności ubezpieczony przeznacza środki na zakup leków z własnej kieszeni do wysokości 435 USD (udział własny). Po poniesieniu tych wydatków przechodzi on do kolejnego etapu (initial coverage period) w którym ubezpieczenie pokrywa większość kosztów a senior ich mniejszą część poprzez współpłacenie lub współubezpieczenie. Kiedy całkowite wydatki na leki finansowane przez dany plan zdrowotny i ubezpieczonego osiągną 4.020 USD wpada on w lukę zwaną *dziurą pączkową*. Wówczas senior ponosi 25% kosztów zakupu leków co jest odsetkiem relatywnie niższym niż w poprzednich latach. Np. przy zakupie dodatkowego leku za 100 USD musi on zapłacić 25% tej kwoty, czyli 25 USD. Kiedy suma łącznych wydatków z własnej kieszeni ubezpieczonego osiąga wysokość 6.350 USD zostaje on objęty tzw. *katastrofalnym pokryciem/ochroną* (catastrophic coverage). W tym ostatnim etapie jego wydatki na kolejne leki nie przekraczają 5% ceny każdego z nich lub 3.60 USD za leki generyczne i 8.95 USD za leki oryginalne (w zależności od tego, która z tych wartości jest wyższa).[816]

Warto także zaznaczyć, że wysokość limitu, od którego obowiązuje catastrophic coverage znacząco wzrosła w 2020 r. – rok wcześniej wynosiła ona 5.100 USD, a w 2010 r. 4.550 USD. Powoduje to, że ubezpieczeni o wyższych wydatkach na leki RX będą dłużej pozostawać w *dziurze pączkowej*. Wg danych Kaiser Family Foundation (KFF) w 2017 r. znalazło się w niej 4,9 mln osób z czego około milion osiągnęło catastrophic coverage.[817]

Przed ObamaCare ubezpieczeni *wpadali* w *dziurę pączkową* po przekroczeniu

[816] Medicare Interactive, *Phases of Part D coverage*, brak daty, https://www.medicareinteractive.org/get-answers/medicare-prescription-drug-coverage-part-d/medicare-part-d-costs/phases-of-part-d-coverage (dostęp: 08.09.2020).

[817] Kaiser Family Foundation, *Medicare Part D Beneficiaries Who Reach the Catastrophic Coverage Limit Can Expect to Pay More Out-of-Pocket for Their Prescription Drugs Next Year*, 11.10.2019, https://www.kff.org/medicare/press-release/medicare-part-d-beneficiaries-who-reach-the-catastrophic-coverage-limit-can-expect-to-pay-more-out-of-pocket-for-their-prescription-drugs-next-year/ (dostęp: 08.09.2020).

2.800 USD wydatków (łącznie z planem zdrowotnym). Ponosili oni wówczas 100% wydatków aż do osiągnięcia limitu 4.550 USD. Wprowadzone zmiany przesunęły więc pierwszy próg do 4.020 USD oraz zmniejszyły udział wydatków ubezpieczonych do 25% po jego przekroczeniu. Wymagało to jednak zobowiązania firm farmaceutycznych do zapewnienia 50% rabatów na zakupy leków w momencie, kiedy ubezpieczony znajdzie się w *dziurze pączkowej*. Wg szacunków łączna wysokość tych rabatów kosztowała producentów leków ponad 25 mld USD w latach 2011-2016. Co więcej, jak wskazuje Tara O'Neill Hayes z instytutu American Action Forum, ustawa budżetowa z 2018 r. – The Bipartisan Budget Act of 2018 – zwiększyła ich wysokość do 70% (od 2019 r.) oraz rozszerzyła ich zastosowanie na leki biopodobne, co jeszcze bardziej zwiększy koszty tych rabatów.[818] W 2018 r. około 42,5 mln osób było zapisanych do Medicare (część D).[819]

Podobne zmiany objęły inny rządowy program – Medicaid. Firmy farmaceutyczne chcące sprzedawać swoje produkty w ramach tego programu zostały zobowiązane do zaoferowania *najlepszej ceny* jaką oferowały innym płatnikom lub do zapewnienia nowego stałego rabatu.[820] Wysokość tego rabatu (na leki oryginalne) została znacznie podwyższona i wyniosła 23,1% ich ceny (wzrost o 53%). Producenci musieli więc sprzedawać swoje leki prawie 1/4 populacji USA za około 3/4 ich ceny. Wartość rabatów jakie zostały udzielone w ramach programu Medicaid w latach 2011-2015 została oszacowana na 80 mld USD. Na wielkość tej kwoty miało wpływ także rozszerzenie Medicaid w wielu stanach co jeszcze zwiększyło liczbę beneficjentów.[821]

Udzielanie wysokich rabatów nie było jedynym warunkiem stawianym firmom farmaceutycznym. Aby ich leki były objęte programem Medicaid musiały one dodatkowo uczestniczyć w kolejnym programie zniżek – 340B Drug Pricing Program – co sprowadza się do udzielania dodatkowych rabatów na objęte ubezpieczeniem leki ambulatoryjne. Ich zakupu dokonują uprawnione placówki medyczne i następnie trafiają

[818] T. O'Neill Hayes, *Understanding the Policies that Influence the Cost of Drugs*, 20.06.2018, https://www.americanactionforum.org/insight/understanding-the-policies-that-influence-the-cost-of-drugs/ (dostęp: 08.09.2020).

[819] J. M. Donohue, H. A. Huskamp, *Doughnuts and Discounts – Changes to Medicare Part D under the Bipartisan Budget Act of 2018*, „The New England Journal of Medicine" 2018, nr 21, s. 1957.

[820] Decydowała wyższa wartość jednej z tych opcji.

[821] T. O'Neill Hayes, *Understanding the Policies that Influence the Cost of Drugs*, 20.06.2018, https://www.americanactionforum.org/insight/understanding-the-policies-that-influence-the-cost-of-drugs/ (dostęp: 08.09.2020).

one do *kwalifikujących się* pacjentów. Rabat ten ma formę ceny maksymalnej i jest powiązany z wysokością rabatu Medicaid co może prowadzić do sytuacji, że cena ta jest zerowa lub przyjmuje wartość ujemną – wówczas ustalana jest cena w wysokości jednego centa.[822] Nowe regulacje znacznie zwiększyły liczbę placówek medycznych uprawnionych do otrzymywania tego typu rabatów – do momentu uchwalenia ObamaCare (marzec 2010 r.) liczba takich placówek nie przekraczała 4.000, ale w latach 2011-2015 zarejestrowano ponad 19.000 nowych placówek uprawnionych do tych rabatów. Doprowadziło to do wzrostu sprzedaży leków w ramach tego programu z 6,4 mld USD w 2011 r. do 16,2 mld USD w 2016 r.[823]

Oprócz udzielanych zniżek na zakup leków, od 2011 r., zaczął obowiązywać nowy podatek od producentów i importerów leków oryginalnych. W latach 2011-2019 producenci i importerzy leków oryginalnych odprowadzili łącznie ponad 28 mld USD w ramach nowego podatku.[824]

Wzrost cen leków

Firmy farmaceutyczne musiały zgodzić się na wiele ustępstw, aby oferować swoje produkty w ramach rządowych programów ubezpieczeniowych co wpłynęło na osiągane przez nie przychody oraz zyski. Pewnym problemem okazała się być również niższa od zakładanej liczba ubezpieczonych na *rynkach/giełdach*, a więc tam, gdzie takie rabaty nie miały zastosowania. Nie powinno więc dziwić, że te nowe uwarunkowania – przynajmniej częściowo – mogły przyczynić się do wzrostu cen leków, które objęły chociażby ubezpieczonych w Medicare (część D). Jeśli bowiem dana firma musi udzielić znacznej zniżki na swój produkt, która jest wyrażona jako procent ceny leku, to np. w celu częściowej rekompensaty utraconych przychodów podwyższy ona cenę leku dla seniorów ze 100 do 150 USD itd. Wysokość rabatu dalej będzie wynosić 70%, ale już od wyższej ceny.

Zauważalne podwyżki cen leków miały miejsce w pierwszych latach od momentu

---

[822] Ibidem.

[823] Ibidem.

[824] Internal Revenue Service, *Annual Fee on Branded Prescription Drug Manufacturers and Importers*, brak daty, https://www.irs.gov/affordable-care-act/annual-fee-on-branded-prescription-drug-manufacturers-and-importers (dostęp: 09.09.2020).

podpisania lub wejścia w życie ObamaCare. Uwagę przykuły np. przypadki oryginalnych leków na receptę, których ceny wzrosły średnio o ponad 40% w okresie od października 2012 do kwietnia 2015 r. co było wynikiem 13 raz wyższym od stopy inflacji (np. Lipitor – 51%; Norvasc – 46%).[825]

Z kolei wg danych przytaczanych przez IMS Institute for Healthcare Informatics, średnia cena oryginalnych leków na receptę wzrosła o 17,0% w 2013 r. oraz o 24,9% w 2014 r., podczas gdy średnia cena leków generycznych wzrosła w tych dwóch latach odpowiednio o 2,9% i 9,8%. Sporym obciążeniem okazały się być także opłaty wynikające z nowego podatku. W październiku 2014 r. firma farmaceutyczna Gilead Sciences poinformowała, że opłata związana z podatkiem od sprzedawanych na receptę leków oryginalnych wyniosła ją 337 mln USD co wpłynęło na obniżenie zysków przypadających na jedną akcję z 2,05 USD do 1,84 USD.[826]

Należy przy tym podkreślić, że na wzrosty cen leków mogło mieć wpływ szereg innych czynników jak np. regulacje FDA, strategie cenowe, czy sytuacja na innych rynkach. Niemniej, producenci leków musieli podjąć pewne działania dostosowawcze, gdyż sprzedaż leków poniżej cen rynkowych rosnącej liczbie ubezpieczonych rodziła zagrożenie powstania chronicznych strat lub niższych od zakładanych zysków. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na fakt, że wg danych przedstawionych przez firmę analityczną IQVIA, wzrost cen netto leków oryginalnych (tj. po uwzględnieniu rabatów itp.) był o wiele niższy niż wzrost cen brutto. Co więcej, latach 2012-2014 doszło nawet do sytuacji, kiedy dynamika wzrostu cen netto spadała (9,1%; 4,8%; 4,5%) a cen brutto rosła (10%; 11,4%; 13,7%).[827] Mimo, że bardziej aktualne dane wskazują już na coraz wolniejszy wzrost cen brutto (spadek dynamiki), to jednak są to wielkości wciąż znacząco przewyższające wzrost cen netto oraz CPI (rysunek 59). Nie powinno to dziwić, gdyż niższy wzrost cen netto wynika między innymi z takich czynników jak rabaty czy inne korzyści jakie otrzymują ubezpieczeni.

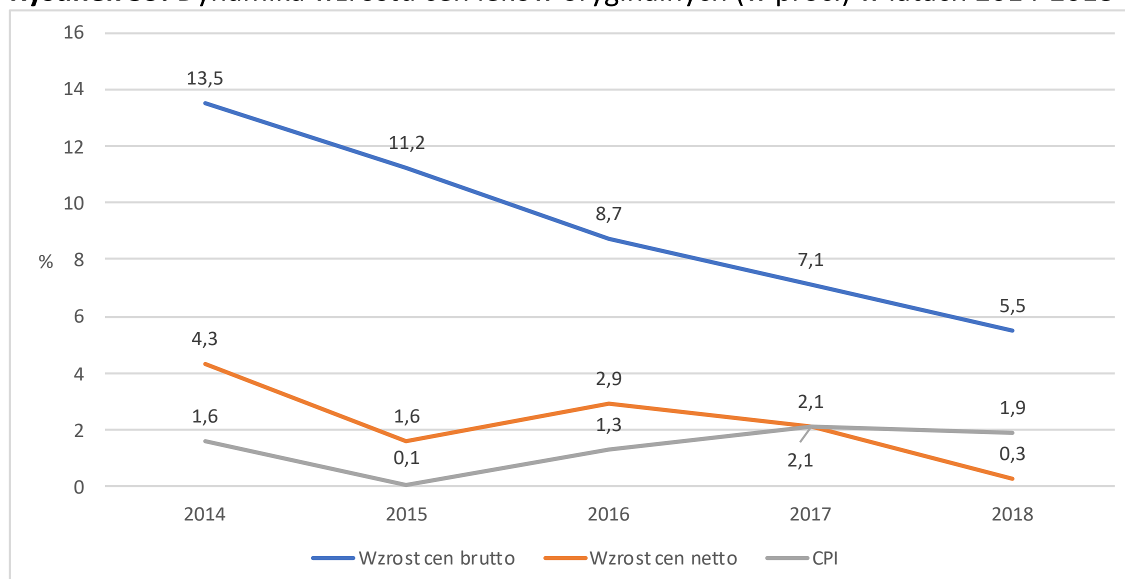
---

[825] D. Belk, *The Skyrocketing Cost of Brand Name Prescription Drugs*, 08.06.2016, https://www.huffpost.com/entry/the-skyrocketing-cost-of-_b_7492476?guccounter=1 (dostęp: 09.09.2020).

[826] S. Greenberg, *Five Years Later: ACA's Branded Prescription Drug Fee May Have Contributed to Rising Drug Prices*, 17.06.2015, https://taxfoundation.org/five-years-later-aca-s-branded-prescription-drug-fee-may-have-contributed-rising-drug-prices/ (dostęp: 09.09.2020).

[827] IQVIA Institute, *Medicines Use and Spending in the U.S.: A Review of 2016 and Outlook to 2021 Institute Report*, 04.05.2017, https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/medicines-use-and-spending-in-the-us-a-review-of-2016 (dostęp: 09.09.2020).

Rysunek 59. Dynamika wzrostu cen leków oryginalnych (w proc.) w latach 2014-2018



Źródło: opracowanie własne na podstawie: IQVIA Institute, *Medicine Use and Spending in the U.S. A Review of 2018 and Outlook to 2023*, 05.2019, https://static1.squarespace.com/static/54d50ceee4b05797b34869cf/t/5cd765e5c49ce70001f3449a/1557620199759/medicine-use-and-spending-in-the-us---a-review-of-2018-outlook-to-2023.pdf (dostęp: 09.09.2020).

Uwagi: Ceny brutto zostały oszacowane na podstawie transakcji hurtowych i nie uwzględniają różnych rabatów zmniejszających przychody netto uzyskiwanych przez producentów. Ceny netto uwzględniają przyznane rabaty oraz inne zniżki.

4.3.4. Pozostałe skutki

Wzrost liczby ubezpieczonych w Medicaid

W kontekście konsekwencji wprowadzenia ObamaCare uwaga opinii publicznej została skierowana na *rynki/giełdy* – głównie ze względu na znaczący wzrost wysokości składek, wydatków bezpośrednich ubezpieczonych czy głośnych wyjść ubezpieczycieli. Jednak, znaczący wkład w ograniczaniu liczby nieubezpieczonych miało także rozszerzenie kwalifikowalności do programu Medicaid. Jeszcze przed wejściem w życie ObamaCare CBO szacowało, że rozszerzenie to spowodowałoby łączny spadek liczby nieubezpieczonych o 25,3 mln osób do 2022 r. (spadek o 48%), podczas gdy jego brak zmniejszyłby ich liczbę o około 15,1 mln (spadek o 28%). Zmiany w Medicaid miały więc objąć ochroną dodatkowe 10 mln osób.[828]

Zgodnie z wymogami ObamaCare dostęp do Medicaid, w stanach, które rozszerzyły program, uzyskały osoby osiągające dochody równe lub niższe 138% FPL. W największym stopniu zmiany te objęły osoby dorosłe (19-64 lat) o niskich dochodach nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego. Dlatego też w stanach, które rozszerzyły Medicaid spadek odsetka nieubezpieczonych wśród tej grypy był bardziej zauważalny – w latach 2013–2017 wyniósł on -9,3% w porównaniu do -3,7% dla stanów, które nie zdecydowały się na rozszerzenie Medicaid.[829]

W 2019 r. do Medicaid zapisanych było łącznie 72,8 mln osób (w 2013 r. było to 55,4 mln ubezpieczonych – wzrost o 31%). 14,8 mln z nich (20%) stanowiły osoby dorosłe, które ubezpieczyły się na skutek informacji o rozszerzeniu Medicaid. Największą część tej *nowej* grupy (12 mln) tworzyły osoby, które zapisały się do tego ubezpieczenia dzięki rozszerzeniu jego kwalifikowalności przez ObamaCare – byli to tzw. nowo zakwalifikowani do Medicaid (newly eligible for Medicaid). Z kolei, pozostałą część (2,8 mln) stanowiły osoby, które kwalifikowały się do Medicaid jeszcze przez ObamaCare (not newly eligible for Medicaid), ale z różnych przyczyn nie były wcześniej

[828] The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *Medicaid: A Primer – Key Information on the Nation's Health Coverage Program for Low-Income People*, 01.03.2013, https://www.kff.org/wp-content/uploads/2010/06/7334-05.pdf (dostęp: 23.09.2020).

[829] R. Rudowitz, L. Antonisse, *Implications of the ACA Medicaid Expansion: A Look at the Data and Evidence*, 23.05.2018, https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/implications-of-the-aca-medicaid-expansion-a-look-at-the-data-and-evidence/ (dostęp: 24.09.2020).

ubezpieczone.[830]

Co istotne, faktyczna liczba ubezpieczonych w Medicaid jest wyższa od wcześniejszych szacunków CBO. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest to, że znaczna liczba osób nie ubezpieczyła się przez r*ynki/giełdy* a Medicaid stanowi dla części z nich tańszą alternatywę. Brian Blase – były Specjalny Asystent Prezydenta w Krajowej Radzie Gospodarczej Białego Domu w latach 2017-2019 – wskazuje, że liczba ubezpieczonych w Medicaid jest znacząco wyższa od szacunków CBO z 2010 r. oraz z lat 2014-2015, kiedy ObamaCare weszło już w życie. W stanach, które rozszerzyły Medicaid liczba zapisów była o około 50% wyższa niż szacowało CBO. Wpłynęło to także na wzrost wydatków. W 2015 r. wydatki rządowe na nowego ubezpieczonego w ramach Medicaid wyniosły 6.366 USD w porównaniu do 4.281 USD i 4.200 prognozowanych przez CMS oraz CBO rok wcześniej.[831]

Tym samym, łączne wydatki przeznaczone na ekspansję Medicaid również były wyższe od zakładanych. Jeszcze w 2014 r. CBO szacowało, że koszt rozszerzenia Medicaid w 2015 r. wyniesie 42 mld USD. Jak się okazało, wydatki te ostatecznie wyniosły 68 mld USD i były wyższe o 68% od wcześniej prognozowanych. Blase konkluduje, że CBO nie przewidziało odpowiednio reakcji stanów, które ustaliły wyższe stawki płatności dla ubezpieczycieli w związku z rozszerzeniem Medicaid.[832] Część stanów wprowadziła tzw. *opcję prywatną* (the private option), która zezwala im na wykorzystanie funduszy Medicaid do zakupu prywatnych planów zdrowotnych na stanowych *rynkach/giełdach*. Pierwszym stanem, który otrzymał zgodę na wprowadzenie tego typu rozwiązań było Arkansas (2014 r.). W tym stanie do tradycyjnego Medicaid została zakwalifikowana niewielka część ubezpieczonych z gorszym stanem zdrowia a pozostali do *opcji prywatnej*. Ubezpieczeni poprzez *opcję prywatną* nie płacą składek, jedynie osoby osiągające dochody powyżej 100% FPL ponoszą niewielkie koszty bezpośrednie. Nie przekraczają one jednak federalnego limitu w wysokości 5% dochodów gospodarstwa

---

[830] Kaiser Family Foundation, *Medicaid Expansion Enrollment*, brak daty, https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/medicaid-expansion-enrollment/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 24.09.2020).

[831] B. Blase, *Learning From CBO's History Of Incorrect ObamaCare Projections*, 02.01.2017, https://www.forbes.com/sites/theapothecary/2017/01/02/learning-from-cbos-history-of-incorrect-obamacare-projections/#2e2012ca46a7 (dostęp: 24.09.2020).

[832] Ibidem.

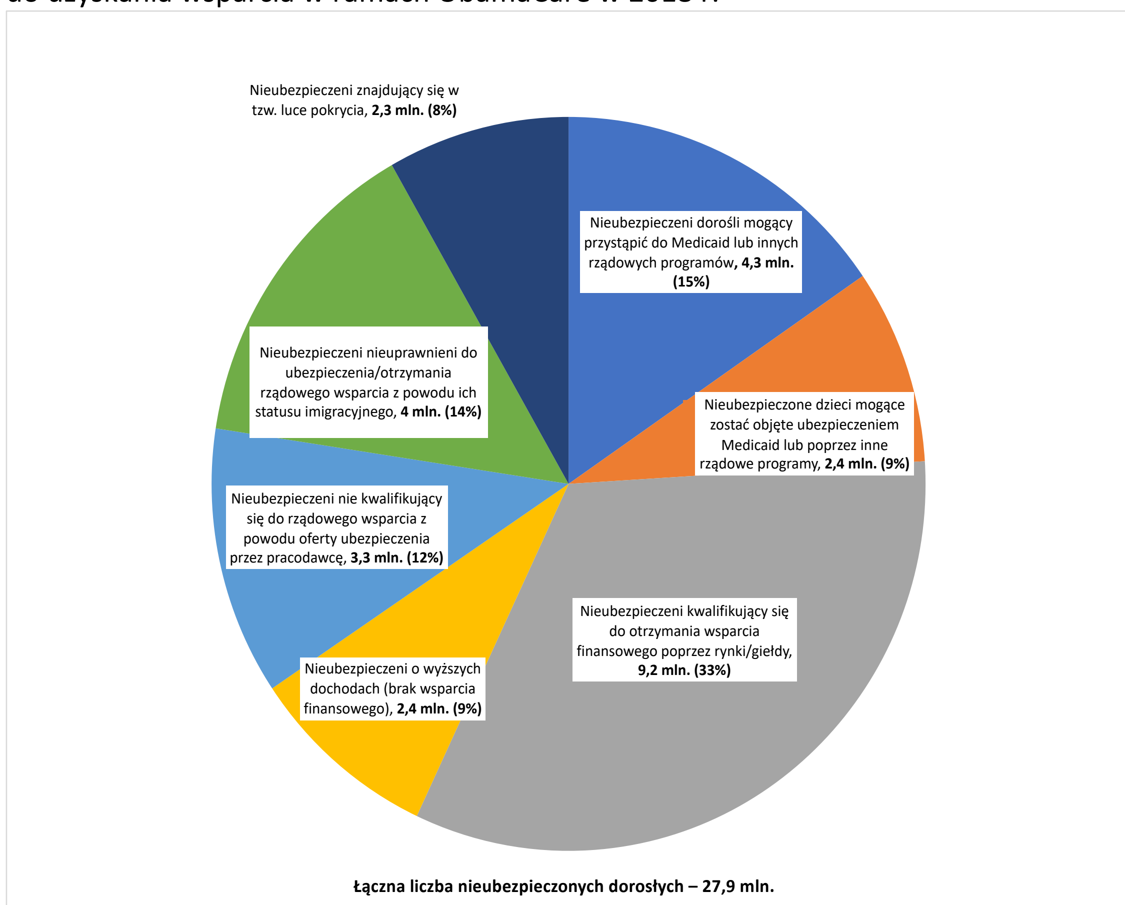
domowego.[833]

Rozwiązanie to jest jednym z możliwych modyfikacji stanowych programów rozszerzenia Medicaid. Do pozostałych zaliczyć można: wprowadzenie składek, większy udział wydatków bezpośrednich beneficjentów, wprowadzenie zachęt do zdrowego stylu życia czy ograniczenia transportu medycznego w sytuacjach innych niż nagłe. Niektóre stany zastosowały różne ich kombinacje. Przykładowo, Iowa i Michigan wprowadziły składki Medicaid, ale dodały beneficjentom możliwość ich obniżenia poprzez różne działania mające celu poprawę ich stanu zdrowia. Z kolei Indiana nałożyła opłaty za nieopłacone składki oraz wprowadziła brak możliwości ponownego zapisania się do Medicaid przez sześć miesięcy. Pod koniec 2016 r. łącznie osiem stanów posiadało zgodę na stosowanie powyższych modyfikacji, które mają zapewnić im większą elastyczność w rozwijaniu ich stanowych programów Medicaid.[834]

W kontekście rozszerzania kwalifikowalności do Medicaid należy jednak podkreślić, że jeszcze przed wejściem w życie ObamaCare ponad 4 mln osób nie było zapisanych do tego programu mimo spełniania określonych kryteriów. Do niektórych przyczyn takiej postawy zaliczyć można: dostęp do usług medycznych w nagłych przypadkach mimo braku ubezpieczenia, chęć uniknięcia procesu rejestracji czy zwyczajnie brak takiej potrzeby. Dlatego, z szerszego dostępu do tego programu niekoniecznie musieli skorzystać wszyscy, którzy się do niego kwalifikowali. Potwierdzają to dane przedstawione przez Kaiser Family Foundation wg których z 27,9 mln nieubezpieczonych dorosłych w 2018 r. aż 15,9 mln (57%) kwalifikowała się do programu Medicaid lub do otrzymania wsparcia finansowego na *rynkach/giełdach*. Z kolei pozostałe 12 mln nieubezpieczonych nie kwalifikowało się do otrzymania takiego wsparcia z powodów takich jak: zbyt wysokie dochody, możliwość przystąpienia do ubezpieczenia przez pracodawcę, status imigracyjny oraz tzw. *lukę w pokryciu* (coverage gap) występującą w stanach, które nie rozszerzyły Medicaid (rysunek 60).

[833] B. Maylone, B. D. Sommers, *Evidence from the Private Option: The Arkansas Experience*, 22.02.2017, https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2017/feb/evidence-private-option-arkansas-experience (dostęp: 24.09.2020).
[834] Ibidem.

Rysunek 60. Kwalifikowalność poszczególnych grup nieubezpieczonych dorosłych do uzyskania wsparcia w ramach ObamaCare w 2018 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Tolbert i in., *Key Facts about the Uninsured Population*, 13.12.2019, https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/ (dostęp: 25.09.2020).

Powyższe dane pokazują, że sama możliwość wsparcia finansowego to nie wszystko. Największą grupą nieubezpieczonych dorosłych są osoby mogące otrzymać ulgi podatkowe (33%), ale znaczne wzrosty składek oraz innych płatności są jednymi z głównych barier, które skutecznie ich do tego zniechęcają. Także przynajmniej część z 24% osób kwalifikujących się do Medicaid, CHIP lub niektórych programów stanowych woli pozostać nieubezpieczona mimo ponoszenia minimalnych wydatków własnych lub nawet ich braku. Dalsze 20% nieubezpieczonych stanowią osoby posiadające wyższe dochody lub ubezpieczenie oferowane przez pracodawcę, więc w ich przypadku brak ubezpieczenia nie musi prowadzić do poważnych konsekwencji finansowo-zdrowotnych. Poza 14% imigrantów, którzy nie mogą uzyskać rządowego wsparcia ze względu na przepisy prawne, z prawie 28 mln nieubezpieczonych pozostaje około 8% osób zamieszkujących stany, które nie rozszerzyły Medicaid.

Z kolei wg jeszcze innych badań przeprowadzonych przez badaczy między innymi z Massachusetts Institute of Technology oraz Harvardu wynika, że wzrost liczby ubezpieczonych związany z otrzymaniem wsparcia finansowego w ramach ObamaCare (w latach 2014-2015) tylko w 40% był efektem otrzymywanych ulg i dopłat poprzez *rynki/giełdy*. Za pozostałą część tego wzrostu (60%) odpowiadał Medicaid z czego około połowę (30%) stanowili ubezpieczeni, którzy kwalifikowali się do tego programu jeszcze przed ObamaCare a „tylko" 20% nowo kwalifikujący się dorośli.[835] Na tej podstawie można wnioskować, że przystąpienie do tego ubezpieczenia przez osoby mogące to zrobić już wcześniej (przynajmniej częściowo) było związane z rozgłosem związanym z ObamaCare oraz z rozszerzeniem Medicaid (tzw. *woodwork effect*).

Wynika stąd również to co było już wcześniej akcentowane a mianowicie fakt, że struktura osób nieubezpieczonych jest heterogeniczna oraz że brak ubezpieczenia nie powinien być utożsamiany z niepożądaną sytuacją dla nieubezpieczonych.[836] Także nie wszyscy z 2,3 mln nieubezpieczonych, którzy znaleźli się w *luce pokrycia* muszą odczuwać potrzebę zapisania się do rządowego ubezpieczenia. W kilkunastu stanach, które nie rozszerzyły Medicaid dalej obowiązuje niższy poziom FPL (średnio 40%) obejmujący głównie rodziców z dziećmi a nie osoby bezdzietne. Ta druga grupa, o dochodach z przedziału 40-100% FPL nie ma więc dostępu do Medicaid i trafia do wspomnianej *luki*. Jednak, jeśli ich dochody wyniosą minimum 100% FPL mogą oni otrzymać wsparcie poprzez *rynki/giełdy*. W stanach, gdzie Medicaid nie zostało rozszerzone w 2018 r. dodatkowe 2,1 mln nieubezpieczonych stanowiły osoby osiągające dochody z przedziału 100-138% FPL, a więc kwalifikujące się już do otrzymania wsparcia finansowego poprzez *rynki/giełdy*, jednak nie przystąpiły one do tego ubezpieczenia (rysunek 61).[837] Nie ma także żadnej gwarancji, że wszyscy z nich zapiszą się do Medicaid nawet po jego rozszerzeniu. Prowadzi to jasnej i wielokrotnie wspominanej konkluzji, że z możliwości ubezpieczenia nie muszą korzystać wszyscy, którzy się do niego kwalifikują. Powodów takiej postawy może być wiele. Należy jednak

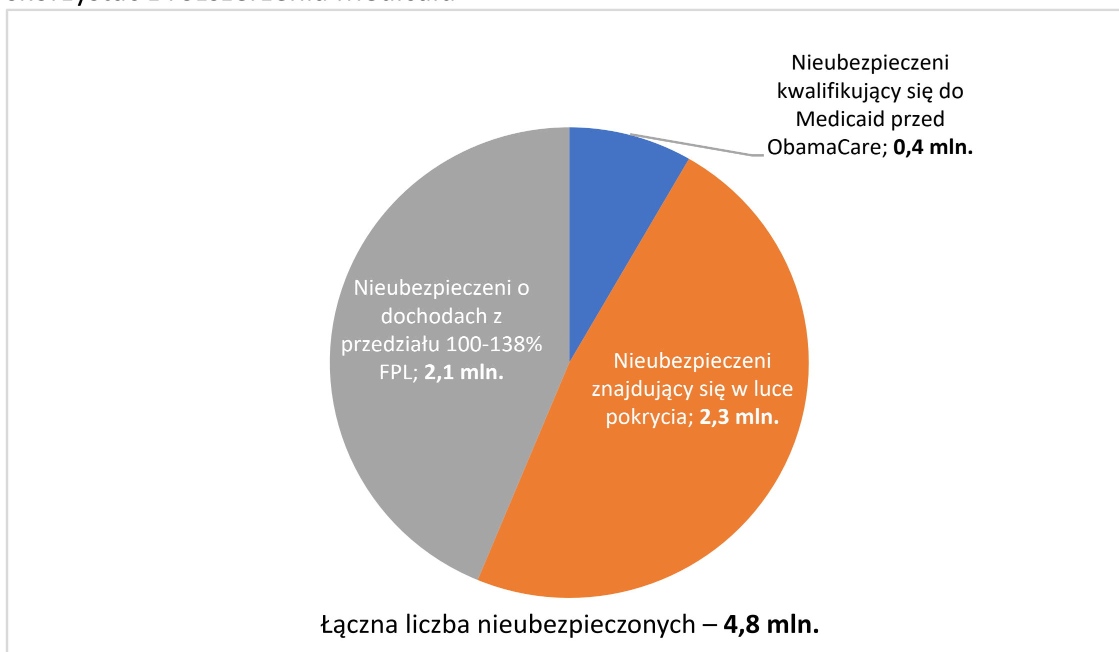
[835] M. Frean, J. Gruber, B. D. Sommers, *Premium subsidies, the mandate, and Medicaid expansion: Coverage effects of the Affordable Care Act*, „Journal of Health Economics" 2017, nr 53, s. 72.

[836] Więcej na ten temat zob. podrozdział 4.1.

[837] R. Garfield, K. Orgera, A. Damico, *The Coverage Gap: Uninsured Poor Adults in States that Do Not Expand Medicaid*, 14.01.2020, https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/the-coverage-gap-uninsured-poor-adults-in-states-that-do-not-expand-medicaid/ (dostęp: 25.09.2020).

pokreślić, że z ekonomicznego punktu widzenia, brak ubezpieczenia nie oznacza braku dostępu do świadczeń medycznych.

Rysunek 61. Liczba i struktura dorosłych nieubezpieczonych mogących potencjalnie skorzystać z rozszerzenia Medicaid



Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Garfield, K. Orgera, A. Damico, *The Coverage Gap: Uninsured Poor Adults in States that Do Not Expand Medicaid*, 14.01.2020, https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/the-coverage-gap-uninsured-poor-adults-in-states-that-do-not-expand-medicaid/ (dostęp: 25.09.2020).

Rozszerzenie Medicaid poza *rynkami/giełdami* prowadzi więc do dalszej marginalizacji wydatków bezpośrednich oraz zaburza racjonalną strukturę finansowania dostępu do usług zdrowotnych. Kilka stanów (np. Arkansas), w celu poprawy racjonalizacji korzystania ze świadczeń wprowadziło dodatkowy wymóg zatrudnienia w celu uzyskania dostępu do Medicaid.[838]

Co ciekawe, podobnie jak w przypadku *rynków/giełd*, również w Medicaid występuje spora rotacja ubezpieczonych. Wg danych Commonwealth Fund z 9 mln osób (25-63 lat) zapisanych do Medicaid w styczniu 2014 r. tylko 66,7% pozostało dalej ubezpieczonych w grudniu 2015 r. Pozostałe 33,3% (około 3 mln) znalazło się poza programem na stałe lub na pewien czas, z czego 2,2 mln (24,5%) nie uzyskało innego

[838] S. R. Collins, H. K. Bhupal, M. M. Doty, *Health Insurance Coverage Eight Years After the ACA*, 07.02.2019, https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2019/feb/health-insurance-coverage-eight-years-after-aca (dostęp: 25.09.2020).

rodzaju ubezpieczenia. Jako jedną z przyczyn tego stanu rzeczy wskazuje się bariery administracyjne wymagające składania odpowiedniej dokumentacji podczas procesu rejestracji lub w momencie ponownego przystępowania do ubezpieczenia. Jako inny powód wskazuje się pracę sezonową. Przykładowo, osoby zatrudnione w rolnictwie zazwyczaj nie mają ubezpieczenia oferowanego przez pracodawcę. Podczas kilkumiesięcznej pracy ich dochody mogą wzrosnąć powyżej danego progu czego następstwem może być utarta uprawnień do Medicaid. Z kolei, po zakończeniu pracy sezonowej ich dochody spadają co powoduje, że ponownie zyskują oni uprawnienia do Medicaid. W poszukiwaniu rozwiązań tego typu problemów proponuje się między innymi zniesienie dodatkowych wymogów związanych z zatrudnieniem czy rozszerzenie Medicaid w stanach, które jeszcze tego nie uczyniły[839]. Prowadzi to jednak do sytuacji, w której Medicaid coraz bardziej zaczyna przypominać system jednego płatnika z rosnącymi kosztami, wydatkami oraz coraz mniejszą odpowiedzialnością ubezpieczonego.

Inne konsekwencje

Rozszerzenie Medicaid, podobnie jak przyznanie ulg podatkowych na *rynkach/giełdach*, prowadzi do osłabienia motywacji do pracy oraz do uzyskiwania wyższych dochodów, a więc także do większej niezależności finansowej. Wyższe dochody mogą bowiem spowodować tym, że osoba dotychczas kwalifikująca się do Medicaid lub do pokrycia części jej wydatków na ubezpieczenie zdrowotne taki status utraci.

Przykładowo, 60 latek o rocznych dochodach w wysokości 49.960 USD (2020 r.) posiadający plan srebrny może liczyć na pokrycie 58% swoich składek dzięki przyznanej uldze podatkowej – miesięczna składka płacona przez ubezpieczonego spada z 979 USD do 407 USD. Jednak, jeśli roczny dochód takiej osoby wzrośnie o 10 USD do 49.970 USD, to wówczas traci ona prawo do takiego wsparcia i ponosi już 100% wydatków.[840] Mimo,

[839] S. R. Collins, S. A. Glied, A. Jackson, *The Potential Implications of Work Requirements for the Insurance Coverage of Medicaid Beneficiaries: The Case of Kentucky*, 22.10.2018, https://www.commonwealthfund.org/publications/2018/oct/kentucky-medicaid-work-requirements (dostęp: 25.09.2020).

[840] Kaiser Family Foundation, *Health Insurance Marketplace Calculator*, 31.10.2020,

że zmiana dochodów nie jest zbyt odczuwalna, to takie przepisy mogą skutecznie zniechęcać do uzyskiwania stopniowego oraz długoterminowego wzrostu wynagrodzeń w obawie przed utratą ubezpieczenia lub wyższymi wydatkami. Podobnie może być w przypadku rozszerzenia Medicaid, gdzie wzrost dochodów powyżej 138% FPL prowadzi już do braku kwalifikowalności do tego programu.

Rozszerzenie Medicaid próbowano także uzasadnić tym, że przyczynia się ono do ratowania większej ilości żyć. Argumenty te były szczególnie podnoszone w momencie, kiedy administracja Prezydenta Trumpa podjęła wysiłki w celu uchylenia ObamaCare. Jednak, jak wskazuje Oren Cass z Manhattan Institute próby wykazania pozytywnego wpływu rozszerzenia Medicaid opierały się na ekstrapolacji wcześniejszych badań koncentrujących się na ubezpieczeniach prywatnych. Z kolei inne liczne badania obejmujące samo Medicaid nie wykazały żadnej poprawy w stanie zdrowia ubezpieczonych.[841] Tam, gdzie taki efekt wystąpił, obejmował on głównie kobiety w ciąży oraz dzieci, a więc grupy objęte ubezpieczeniem jeszcze przed ObamaCare.[842]

Wg badacza pozytywny wpływ ObamaCare na stan zdrowia populacji powinien być wsparty odpowiednimi statystykami. Tymczasem w 2015 r. śmiertelność (skorygowana o wiek) wzrosła, a oczekiwana długość życia w USA spadła po raz pierwszy od początku lat 90-tych XX w. W 2015 r. odnotowano o 30 tys. więcej zgonów niż gdyby śmiertelność pozostała na poziomie z 2014 r. Wartość ta wyniosłaby 80 tys. więcej zgonów, gdyby uwzględniono spadek tempa śmiertelności z lat 2000-2013. Niemniej, jeśli pozytywny efekt rozszerzenia Medicaid miałby mieć miejsce to stany, które rozszerzyły ten program powinny wykazać wolniejsze wzrosty (lub spadki) śmiertelności w porównaniu do stanów, gdzie takie rozszerzenie nie nastąpiło. Tymczasem w tej pierwszej grupie wystąpił wyższy wzrost śmiertelności (o 9 zgonów na 100 tys. populacji), podczas gdy w drugiej grupie wyniósł on 6 zgonów na 100 tys. populacji. Cass wskazuje, że za tymi statystykami mogą stać inne czynniki takie jak chociażby wzrost otyłości czy kryzys opioidowy, które mogły mieć mniejsze natężenie w stanach,

---

https://www.kff.org/interactive/subsidy-calculator/#state=&zip=&income-type=dollars&income=49960&employer-coverage=0&people=1&alternate-plan-family=&adult-count=1&adults%5B0%5D%5Bage%5D=50&adults%5B0%5D%5Btobacco%5D=0&child-count=0 (dostęp: 28.09.2020).

[841] Takie badania przeprowadzono np. w Oregonie.

[842] O. Cass, *Will Repealing Obamacare Kill People?*, 22.02.2017, https://media4.manhattan-institute.org/sites/default/files/IB-OC-0217.pdf (dostęp: 28.09.2020).

które nie rozszerzyły Medicaid i nie należy na tej podstawie wyciągać zbyt jednoznacznych wniosków. Istotne jest jednak to, że wg wielu badań ObamaCare nie przyczyniło się do spadku śmiertelności co nie powinno być rozpatrywane jako argument za jego utrzymaniem.[843]

Ostatnią kwestią na jaką należy zwrócić uwagę jest finansowanie wydatków ObamaCare. John C. Goodman zwraca uwagę na fakt, że około połowa z nich ma swoje źródło w cięciach Medicare co prowadzi do obniżenia płatności dla dostawców w tym programie.[844] Płatności za usługi szpitalne w programach Medicare oraz Medicaid w 2012 r. wynosiły odpowiednio 68% i 70% stawek płatności w ubezpieczeniach prywatnych. Jednak, w 2018 r. spadły one już do około 58% ich wysokości. Wg prognoz CMS w następnych dekadach spadek stawek tych płatności będzie kontynuowany i w 2050 r. mają one wynieść około 50% wysokości płatności w ubezpieczeniach prywatnych a w 2090 r. już tylko 40%. Cięcia te są wprowadzane w oparciu o tzw. *korekty produktywności* (productivity adjustments), które rozpoczęły się w 2012 r., a ich celem było przesunięcie środków z Medicare, aby możliwe było wsparcie finansowe ubezpieczonych na *rynkach/giełdach* poprzez ulgi podatkowe. Dodatkowo, wprowadzone zostały górne limity płatności w Medicaid (upper payment limits – UPLs) – między innymi na usługi szpitalne czy ambulatoryjne. Oznacza to, że łączne płatności Medicaid za usługi z tych poszczególnych kategorii nie mogą przekroczyć kwot jakie zostałyby zapłacone za te same usługi w Medicare (wyjątkiem są płatności za usługi lekarskie).[845]

Podobne cięcia mają miejsce w przypadku płatności za usługi lekarskie. W 2017 r. poziom płatności za tego typu usługi w Medicare wynosił 75% stawek płatności w ubezpieczeniach prywatnych, ale w 2030 r. udział ten ma spaść do około 60%, w 2060 r. do około 40% a w 2094 r. ma on wynieść już tylko 26% i (jednocześnie) stanowić mniej niż połowę wysokości stawek w Medicaid.[846]

Jasno pokazuje to, że realizacja celów ObamaCare odbywa się kosztem innych

---

[843] Ibidem.

[844] J. C. Goodman, *Six Problems With The ACA That Aren't Going Away*, 25.06.2015, https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20150625.048781/full/ (dostęp: 29.09.2020).

[845] J. D. Shatto, M. K. Clemens, *Projected Medicare Expenditures under an Illustrative Scenario with Alternative Payment Updates to Medicare Providers*, Centers for Medicare & Medicaid Services, USA 2020, s. 4-5.

[846] Ibidem, s. 5-6.

beneficjentów rządowych ubezpieczeń oraz, że reforma ta nie tworzy tak naprawdę żadnej wartości dodanej.

Rozdział 5

PROPOZYCJE MODYFIKACJI ROZWIĄZAŃ WPROWADZONYCH PRZEZ PPACA ORAZ ICH OCENA

Wstęp

Wejście w życie ObamaCare jeszcze bardziej skomplikowało amerykański system ochrony zdrowia oraz rozszerzyło wpływ płatnika trzeciej strony. Nie miało to jednak nic wspólnego z rozwojem rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych – w istocie wprowadzone zmiany były kontynuacją długoletniego procesu zwiększania kontroli państwa nad tym rynkiem.

W USA rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest bardziej zbliżony do przedpłaconej opieki zdrowotnej finansującej ubezpieczonym dostęp do rutynowych świadczeń niż do instytucji zabezpieczającej ich przed wysokimi kosztami poważnych wypadków czy zachorowań. Jak pokazuje teoria i praktyka ta pierwsza grupa usług może być efektywnie dostarczana chociażby za pomocą bezpośredniej opieki podstawowej (direct primary care) czy szpitali przyjmujących płatności bezpośrednie za poszczególne usługi. Co istotne, wszystkie te instytucje rozwijają się bez udziału płatnika trzeciej strony. Jest to korzystne dla konsumentów, gdyż w takich warunkach dostawcy konkurują między sobą poprzez zapewnienie im jak najbardziej przystępnych cenowo opcji.

Kiedy okazało się, że problemy z realizacją celów ObamaCare nie są żadnym wypadkiem przy pracy stało się oczywiste, że dyskutowane będą propozycje dalszych zmian ustawy. Nie mogło być jednak inaczej, gdyż reforma ta tak naprawdę była kolejną serią regulacji obejmującą (już wcześniej) skrępowane rynki. Nie powinno więc dziwić, że skutki ObamaCare jak np. coraz wyższe koszty ubezpieczeń i wydatków bezpośrednich ubezpieczonych czy wydatków rządowych miały wielokrotnie miejsce także w przeszłości. Ostatni rozdział tej pracy omawia niektóre z propozycji dalszych modyfikacji ObamaCare czy nawet jej uchylenia.

5.1. Przyczyny prób wprowadzenia kolejnych zmian

Można stwierdzić, że propozycje czy zapowiedzi kolejnych zmian wynikają z zawodności stosowanych interwencji. Wzrost wysokości składek i wydatków bezpośrednich ponoszonych przez ubezpieczonych, głośnie wyjścia ubezpieczycieli z r*ynków/giełd*, liczne anulacje wcześniej istniejących planów, nowe obowiązki dla pracodawców, nowe podatki, ograniczone sieci dostawców itp. – wszystkie te czynniki w sposób bezpośredni lub pośredni przyczyniły się do propozycji dalszych zmian w istniejącym prawie.

Obecnie można wskazać na dwa ogólne kierunki zmian – proponowane przez Republikanów oraz Demokratów. Działania Republikanów są ukierunkowane na przynajmniej częściowe osłabienie ObamaCare np. w postaci cofnięcia wsparcia dla ubezpieczycieli, anulowania części podatków czy zredukowanie do zera kary za brak ubezpieczenia. Z kolei Demokraci, mając na uwadze wymienione wyżej problemy, proponują między innymi rozszerzenie zakresu rządowego wsparcia finansowego zmniejszającego wysokość wydatków bezpośrednich ponoszonych przez ubezpieczonych na *rynkach/giełdach* czy wprowadzenie opcji publicznej jako alternatywy dla ubezpieczeń zawieranych przez pracodawcę. Obie opcje nie postrzegają jednak rozwiązań czysto–rynkowych jako tych, które mogą dać lepszy efekt niż dalsze interwencje.

Ponadto, wszelkie zmiany muszą mieć miejsce w określonym porządku prawno-instytucjonalnym co, przynajmniej w pewnej części, wpływa na ich treść czy zakres. Przykładowo, prof. Gary Galles z Pepperdine University zwraca uwagę na fakt, że kara za brak ubezpieczenia musiała zostać potraktowana jako podatek, który to Kongres zgodnie z prawem mógł nałożyć. W przeciwnym wypadku byłoby to zinterpretowane jako rozporządzenie wymagające od Amerykanów posiadania obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego co z kolei byłoby już niezgodne z konstytucją. Dlatego, na tej podstawie (w 2012 r.) Sąd Najwyższy większością głosów (5-4) mógł także orzec zgodność ObamaCare z konstytucją USA.[847]

W przypadku ObamaCare ważne było również to, że wydatki na subsydia dla

[847] G. Galles, *The Legal Gymnastics Behind Obamacare*, 26.12.2018, https://mises.org/wire/legal-gymnastics-behind-obamacare (dostęp: 14.10.2020).

ubezpieczonych o niższych dochodach nie zostały zatwierdzone przez Kongres co jest jednym z wymogów przed powstaniem nowej pozycji w wydatkach rządu. Było to jednak celowe działanie Prezydenta Obamy, który poinstruował Departament Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Departament Skarbu, aby pozyskały one odpowiednie środki, które pochodzić miały z cięć w innych programach. Co istotne, to jakie programy miały zostać objęte cięciami specjalnie nie zostało nigdy sprecyzowane z uwagi na możliwy opór w Kongresie oraz wśród ich beneficjentów (np. Medicare). Dzięki temu subsydia otrzymywane przez nowych ubezpieczonych przez *rynki/giełdy*, z politycznego punktu widzenia, były trudne do cofnięcia nawet w sytuacji braku przyjęcia nowych wydatków w Kongresie oraz gdyby Sąd Najwyższy zadecydował o niekonstytucyjności ObamaCare. Obawa przed odebraniem beneficjentom ich subsydiów (nawet mimo niezgodności z konstytucją) spotkałaby się bowiem z ich niezadowoleniem oraz krytyką działań Kongresu. Brak sprecyzowania źródeł środków na nowe wydatki miał więc na celu jak najszybsze ich przekierowanie do nowych beneficjentów oraz utrudnienie przyszłych zmian w ich cofnięciu.[848]

To celowe naginanie przepisów, jakkolwiek skuteczne z politycznego punktu widzenia, trudno uznać za jawne i płynne działania trzymające się ustalonych ram prawno-instytucjonalnych. W tym wypadku Republikanie musieli więc wziąć pod uwagę, że ich dążenia do całkowitego zniesienia ObamaCare doprowadzą do utraty subsydiów przez miliony ubezpieczonych i tym samym rozważyć inne rozwiązania.

Historia USA pokazuje także, że bardziej zdecydowane propozycje zmian były ściśle związane z kampaniami wyborczymi poprzedzającymi wybory prezydenckie. Medialny rozgłos oraz debaty pomiędzy kandydatami pozwalały na zaprezentowanie proponowanych zmian praktycznie każdemu Amerykaninowi.

Przykładowo, prof. Bill Custer (Georgia State University) wskazuje, że recesja na początku lat 90-tych XX w. przyczyniła się do utraty przez około 2 mln Amerykanów pracy i ich ubezpieczeń zdrowotnych. Fakt ten został wykorzystany do propozycji wprowadzenia zmian w amerykańskiej opiece zdrowotnej podczas kampanii prezydenckiej w 1992 r. przez obu kandydatów na urząd prezydenta USA – Georga H. W. Busha oraz B. Clintona. Co ciekawe, obie propozycje miały wiele cech

[848] Ibidem.

wspólnych z ObamaCare jak np.: utworzenie specjalnych grup zakupów ubezpieczeń podobnych do *rynków/giełd*, obowiązek przyjmowania do ubezpieczenia wszystkich chętnych, wymóg posiadania ubezpieczenia czy subsydia dla rodzin o niskich dochodach. Prof. Custer twierdzi, że te podobieństwa nie są przypadkowe i wynikają z ograniczonych możliwości tworzenia tego typu *rynków ubezpieczeń* przez rząd.[849] Ujmując to inaczej, jeśli rząd chce stworzyć przystępne cenowo ubezpieczenia dla osób bez pracy lub o niższych dochodach musi uciekać się do subsydiów, podatków czy większej kontroli ubezpieczycieli. Wynika stąd także prosty wniosek, że założenia ObamaCare nie były tak naprawdę żadną nowością w tym obszarze polityki gospodarczej.

Problematyka zmian w opiece zdrowotnej jest tematem, który może zaważyć na wyniku wyborów prezydenckich. Tak było np. podczas kampanii w 2016 r. Jeffrey Tucker z American Institute for Economic Research zwraca uwagę na fakt, że dla wielu Amerykanów flagowy projekt Prezydenta Obamy już po 2 latach od jego wejścia w życie dał się poznać z wielu złych stron. Z kolei w 2016 r., który był rokiem wyborczym Amerykanie doświadczyli znacznego wzrostu wysokości składek ich ubezpieczeń czy wzrostu wydatków bezpośrednich. W tym samym roku miały miejsce także głośne wyjścia ubezpieczycieli z *rynków/giełd* czy chociażby kolejne bankructwa mniejszych podmiotów (*spółdzielni*). Co więcej, na tydzień przed wyborami ogłoszono, że wzrost składek na kolejny rok wyniesie od 25% do 90%, co często było podnoszone przez Trumpa podczas jego wystąpień czy reklamach z jego udziałem. Natomiast Hillary Clinton skupiła się na obronie ObamaCare, a w wywiadach udzielanych jeszcze przed kampanią utożsamiała tę ustawę z HillayCare – jej własnym projektem zmian w opiece zdrowotnej z I połowy lat 90-tych. U części niezdecydowanych wyborców mogło to wywołać wrażenie, że kandydatka Demokratów nie jest świadoma istniejących problemów co silnie kontrastowało z jasnym przekazem Trumpa wskazującego na istniejące problemy oraz zapowiadającego uchylenie ObamaCare.[850]

Opieka zdrowotna była jednym z głównych tematów również podczas kampanii

[849] B. Custer, *Sadly, One Does Not Simply Repeal ObamaCare*, 11.11.2016, https://fee.org/articles/sadly-one-does-not-simply-repeal-obamacare/?utm_source=zapier&utm_medium=facebook (dostęp: 15.10.2020).

[850] J. Tucker, *The Election Became a Referendum on Obamacare*, 12.11.2016, https://fee.org/articles/the-election-turned-on-obamacare/?utm_source=zapier&utm_medium=facebook (dostęp: 15.10.2020).

prezydenckiej w 2020 r. Ubiegający się o reelekcję prezydencką Trump kontynuował swoją narrację na rzecz zniesienia lub dalszego osłabiania ObamaCare np. poprzez wycofanie funduszy federalnych przeznaczanych na ekspansję Medicaid czy też proponując zmniejszenie subsydiów do składek. Z kolei, jego oponent z partii Demokratycznej – Joe Biden – zaproponował dalszą ekspansję ObamaCare poprzez zwiększenie wsparcia finansowego dla ubezpieczonych na *rynkach/giełdach* czy utworzenie opcji publicznych (podobnych do Medicare), które miałyby być dostępne dla każdego oraz automatycznie obejmowały osoby o niskich dochodach w stanach, gdzie Medicaid nie zostało rozszerzone. Biden zaproponował także obniżenie wieku uprawniającego do korzystania z Medicare z 65 do 60 lat.[851]

Zmiany miałyby też objąć leki na receptę w programie Medicare. Trump wskazał na problem wysokich cen leków a potencjalne rozwiązania miałyby polegać na obniżeniu cen niektórych leków do poziomów obowiązujących w innych krajach, gdzie ceny ustalane są przez rząd (np. w Niemczech lub Francji)[852] czy zezwoleniu pacjentom na import leków z zagranicy. Natomiast Biden postulował, aby rząd federalny uzyskał uprawnienia do negocjowania cen leków dla Medicare oraz innych nabywców publicznych czy prywatnych. Ceny leków miałyby zostać ograniczone do poziomów płaconych przez inne kraje rozwinięte. Inne zmiany miałyby polegać na dalszym ograniczaniu zakupu leków z własnej kieszeni przez ubezpieczonych oraz umożliwienie im ich importu z zagranicy.[853]

Są to więc propozycje do pewnego stopnia do siebie podobne (np. import leków), ale i niewłaściwe postrzegające kolejne kontrole cen jako skuteczny środek w walce z wysokimi cenami leków mogące doprowadzić np. do mniejszych nakładów na badania nad nowymi lekami w przyszłości. Żaden z kandydatów nie zaproponował bardziej zdecydowanych działań mających na celu np. ograniczenie wpływu FDA na proces zatwierdzania leków czy zmniejszenie roli płatnika trzeciej strony.

---

[851] L. Levitt, *Trump vs Biden on Health Care*, 03.09.2020, https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2770427?fbclid=IwAR2I84_xGcZPBflrhCFm65OWQ8TTkVpxikYU1B3UO1UW_GZxGqORtOTLBX4 (dostęp: 15.10.2020).

[852] J. K. Glassman, *Drug Price Controls Endanger Seniors*, 15.10.2020, https://www.nationalreview.com/2020/10/drug-price-controls-endanger-seniors/ (dostęp: 20.10.2020).

[853] L. Levitt, *Trump vs Biden on Health Care*, 03.09.2020, https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2770427?fbclid=IwAR2I84_xGcZPBflrhCFm65OWQ8TTkVpxikYU1B3UO1UW_GZxGqORtOTLBX4 (dostęp: 15.10.2020).

5.2. American Health Care Act (AHCA)

Próby uchylenia i stworzenia alternatywy dla ObamaCare

Rok 2017 przebiegał głównie pod znakiem dążeń Republikanów do uchylenia i zastąpienia ObamaCare, co było szczególnie widoczne podczas prac Senatu. Jednak, jak zostało to już wspomniane, Republikanie byli świadomi faktu, że około 20 mln Amerykanów zostało nowymi beneficjentami wprowadzonych zmian (*rynki/giełdy* oraz rozszerzenie Medicaid) i odebranie im ich niedawno uzyskanych przywilejów może spowodować wśród nich duże niezadowolenie. Z tego powodu dyskutowane kolejne propozycje zmian tak naprawdę zachowały wiele elementów ObamaCare i nie pozwalały na wprowadzenie realnej rynkowej alternatywy np. poprzez deregulację rynku ubezpieczeń zdrowotnych czy zniesienie regulacji po stronie podaży (lekarze, szpitale itp.). Postawa Republikanów wynika także z faktu, że wg nich rząd jest w stanie zapewnić dostęp do przystępnej opieki zdrowotnej przynajmniej dla części społeczeństwa. Różnica pomiędzy nimi a Demokratami sprowadza się więc do wyboru interwencjonistycznych środków jakie należy podjąć, aby ten cel osiągnąć.

Proponowane przez Republikanów zmiany swoją najbardziej zaawansowaną formę osiągnęły w postaci tzw. The American Health Care Act of 2017 (AHCA). Zakres zmian, jeszcze po majowych modyfikacjach, był dosyć szeroki. Wycofane miało zostać między innymi 15 różnych podatków wprowadzonych przez ObamaCare, w tym: podatki/kary za brak posiadania ubezpieczenia czy niespełnienia określonych wymogów przez pracodawców. Zniesione miały zostać także podatki od leków na receptę, ubezpieczycieli zdrowotnych czy podatek od sprzedaży urządzeń medycznych i wiele innych. Zakres zmian zakładał także wycofanie (do 2020 r.) ulg podatkowych oraz programu redukcji wydatków bezpośrednich dla ubezpieczonych na *rynkach/giełdach*. Co więcej, rząd federalny, począwszy od 2020 r. miał nie płacić już podwyższonej stawki za nowych ubezpieczonych w ramach Medicaid w stanach, które rozszerzyły ten program przed marcem 2017 r. Stany mogłyby nadal ubezpieczać osoby osiągające dochody do 138% FPL, ale już wg standardowej (niższej) stawki obowiązującej w danym stanie. Podwyższona stawka płatności (90% w 2020 r.) miała obowiązywać tylko dla osób

zapisanych przed 2020 r., które nie miały przerwy w ubezpieczeniu.[854]

Ustawa AHCA, od 2020 r., zakładała również wprowadzenie nowej ulgi podatkowej (new refundable tax credit), którą mogły zostać objęte osoby nieposiadające rządowego ubezpieczenia lub ubezpieczenia oferowanego przez pracodawcę. Ulga ta miała rosnąć wraz z wiekiem a jej maksymalny limit przypadający na całą rodzinę został ustalony na 14.000 USD. Oprócz nowej ulgi znacznie miał wzrosnąć także dopuszczalny roczny limit wpłat na medyczne rachunki oszczędnościowe, co miało pomóc w finansowaniu rutynowych świadczeń medycznych z własnej kieszeni a nie za pomocą ubezpieczenia.[855]

Innym ważnym celem AHCA miało być ustabilizowanie rynku ubezpieczeń indywidualnych (oraz małych grup ubezpieczonych) poprzez utworzenie nowego federalnego programu dotacji (Patient and State Stability Fund) zapewniającego stanom około 100 mld USD na stabilizację *rynków/giełd* w latach 2018-2026. Środki te miały zostać przeznaczone głównie na utworzenie pul wysokiego ryzyka składających się z osób o gorszym stanie zdrowia. Miało to odciążyć młodych i zdrowszych ubezpieczonych dzięki czemu płaciliby oni niższe składki. Rynki nie zostałyby jednak odpowiednio zderegulowane, gdyż ubezpieczyciele dalej byliby zobowiązani do ubezpieczania wszystkich chętnych (guaranteed issue) oraz mieliby ograniczone możliwości różnicowania składek np. w odniesieniu do płci (community rating). Dodatkowo, w ramach Patient and State Stability Fund planowano utworzenie Federalnego Programu Podziału Ryzyka (Federal Invisible Risk Sharing Program) zapewniającego dalsze wsparcie finansowe ubezpieczycielom związane z finansowaniem ubezpieczonym dostępu do świadczeń medycznych.[856]

Republikanie, tworząc pule wysokiego ryzyka wspierane z funduszy federalnych, chcieli więc zachować przywileje osób o wyższym ryzyku zdrowotnym równolegle odciążając osoby pozostające na *rynkach/giełdach*. Jednak, ingerencja rządu została tak naprawdę zachowana przybierając jedynie nieco zmienioną formę oraz *ukrycie* wzrostu składek poprzez przeniesienie kosztów na podatników.

---

[854] The United States Senate Republican Policy Committee, *The American Health Care Act of 2017*, 02.05.2017, https://www.rpc.senate.gov/policy-papers/the-american-health-care-act-of-2017 (dostęp: 21.10.2020.

[855] Ibidem.

[856] Ibidem.

Wprowadzenie tych zmian wymagało poparcia w Kongresie, a zwłaszcza w Senacie, gdzie zostało opracowanych kilka dalszych modyfikacji AHCA. Mimo to, żadna z nich nie zdołała uzyskać większości głosów. Ostatnia próba przynajmniej częściowego uchylenia ObamaCare zakończyła się niepowodzeniem pod koniec lipca 2017 r., kiedy przeciw kolejnej propozycji zmian po nazwą Health Care Freedom Act (HCFA) zagłosowało także troje republikańskich senatorów (stosunek głosów wyniósł 49-51).[857]

Co ciekawe, sama HCFA zawierała już mniejszy zakres zmian w porównaniu do AHCA [858], głównie ze względu na chęć osiągnięcia konsensusu i wprowadzenia przynajmniej częściowych modyfikacji. Te, dalej zakładały zniesienie obowiązku posiadania ubezpieczenia oraz wymogów stawianych pracodawcom. Władze stanowe miały też uzyskać możliwość odstąpienia od wymagań dotyczących zapewniania odpowiedniego zakresu ubezpieczenia (essential health benefits). Z kolei, zachowane miały zostać ulgi podatkowe oraz program redukcji wydatków bezpośrednich jakie dotychczas otrzymywali ubezpieczeni na *rynkach/giełdach*. Tym samym zrezygnowano z pomysłu utworzenia stanowych pul wysokiego ryzyka. Ubezpieczyciele dalej byli zobowiązani do przyjmowania wszystkich chętnych oraz stosowania określonych zasad przy ustalaniu wysokości składek. Wycofano się też z planów ograniczenia finansowania dla ekspansji Medicaid.[859]

Mimo tych wszystkich ustępstw w stosunku do pierwotnej wersji Republikom dalej nie udało się osiągnąć wystarczającego poparcia w Senacie. Zamiast tego uchwalona została inna Ustawa – Tax Cuts and Jobs Act – redukująca do zera karę za brak ubezpieczenia zdrowotnego.

Przyczyny niepowodzeń Republikanów

Niewątpliwie, jednym z problemów stojącym za dużymi trudnościami w uchyleniu ObamaCare było to, że część samych republikańskich polityków popierało

---

[857] M. McAuliff, *McCain Votes No, Derails 'Skinny Repeal' In Marathon Session*, 28.07.2017, https://khn.org/news/mccain-votes-no-derails-skinny-repeal-in-marathon-session/ (dostęp: 21.10.2020).

[858] Stąd potoczna nazwa HCFA – *chude uchylenie* (*skinny repeal).*

[859] Kaiser Family Foundation, *Summary of the Health Care Freedom Act*, 07.2017, http://files.kff.org/attachment/Summary-of-the-Health-Care-Freedom-Act (dostęp: 21.10.2020).

niektóre elementy tej Ustawy, tak samo jak część ich wyborców będąca beneficjentami wprowadzonych zmian. Był to więc fakt, który nie mógł zostać zignorowany przy projektowaniu kolejnych modyfikacji.

Uważni obserwatorzy zwrócili również uwagę na fakt, że Republikanom ostatecznie nie udało się wypracować wspólnych i jednolitych rozwiązań stanowiących realną alternatywę dla ObamaCare. Był to jednocześnie brak konsekwencji wobec przyjętej wiele lat temu strategii ukierunkowanej na uchylenie i zastąpienie ObamaCare. O ile realizacja pierwszego celu była łatwiejsza i koncentrowała się na krytyce planu Demokratów, to drugi cel wymagał już większego zaangażowania – w tym przekonania swoich wyborców do zasadności tych zmian. Tymczasem Partia Republikańska przez kilka kolejnych lat skoncentrowana była głównie na realizacji tego pierwszego celu. Doprowadziło to do sytuacji, w której Republikanie uzyskując większość w Kongresie oraz przy wygraniu wyborów prezydenckich przez ich kandydata wciąż nie mieli wypracowanego jasnego planu zmian. Co więcej, prace nad jego utworzeniem (zawierające ustalenia dotyczące m. in.: uchylenia podatków, ograniczenia wydatków federalnych na ekspansję Medicaid czy wycofanie wsparcia dla ubezpieczonych) zaczęły ujawniać podziały i konflikty wewnątrz ich partii co jeszcze bardziej utrudniło ten proces.[860]

Goodman zwraca uwagę, że trudności w wypracowaniu wspólnego stanowiska wynikają także z historii tej partii. W poprzednich dekadach Republikanie byli bowiem głównie skoncentrowani na przynajmniej częściowym uchylaniu ustaw wcześniej wprowadzonych przez Demokratów a nie na tworzeniu nowego prawa. Dlatego, w sytuacji, która wymagała od nich wypracowania własnych rozwiązań nie mogli oni oprzeć się na własnych doświadczeniach z przeszłości. Co więcej, Demokraci dobrze rozumieli, że do wprowadzenia znaczących zmian, oprócz większej liczby głosów w Kongresie, potrzebne jest również wsparcie mediów, grup specjalnych interesów, think-thanków oraz innych instytucji. Było to niezbędne dla uzyskania przychylności opinii publicznej.[861]

---

[860] D. Scott, S. Kliff, *Why Obamacare repeal failed*, 31.07.2017, https://www.vox.com/policy-and-politics/2017/7/31/16055960/why-obamacare-repeal-failed (dostęp: 22.10.2020).

[861] J. C. Goodman, *Why Is Obamacare More Popular Than The GOP Tax Cuts?*, 27.08.2018, https://www.forbes.com/sites/johngoodman/2018/08/27/why-is-obamacare-more-popular-than-the-gop-tax-cuts/#5b6555d63bbb (dostęp: 22.10.2020).

Goodman podkreśla również, że dobrą okazją do uzyskania wsparcia dla uchylenia ObamaCare mogły być przesłuchania przeprowadzone przez komisje kongresowe z ubezpieczonymi mającymi trudności z uzyskaniem dostępu do świadczeń gwarantowanych przez ObamaCare. Takie osoby można było łatwo zidentyfikować np. poprzez liczne medialne doniesienia informujące o Amerykanach ponoszących znaczne wydatki z własnej kieszeni na leki i badania czy muszących pokonywać długie odległości, aby móc zapisać się do lekarza z własnej sieci. Przypadki te na tyle dobitnie wskazywały na strukturalne wady ObamaCare, że media sprzyjające Demokratom (np. New York Times) przestały je relacjonować w obawie przed tym, że faktycznie mogą one stać się skutecznym narzędziem w walce o uchylenie ObamaCare. Jednak, Republikanie nie wykorzystali tych prawdziwych i licznych historii do wpłynięcia na opinię publiczną poprzez utworzenie wspomnianych komisji czy przez wykorzystanie różnych instytucji. Ta pasywna postawa mogła także wywołać częściowe wrażenie, że Republikanom nie zależy aż tak bardzo na rozwiązaniu problemu, co często zrzucali im ich polityczni oponenci.[862]

Jednym z głównych problemów okazały się niedawno uzyskane przywileje nowych ubezpieczonych. Ta część społeczeństwa, mimo różnych problemów ObamaCare, została beneficjentami zmian oraz zaczęła obawiać się ich utarty. Nie pozostało to bez wpływu na Republikanów, którzy starali się zabezpieczyć ich interesy. Takie działania nie dawały jednak szans na uchylenie ObamaCare oraz wywoływały wewnętrzne podziały. Tym samym, całkowite cofnięcie wprowadzonych zmian było nierealne z politycznego punktu widzenia.

Z perspektywy ekonomicznej zjawisko to zostało wnikliwie opisane przez Gorodna Tullocka jako tzw. *pułapka przejściowych zysków* (transitional gains trap). Tullock wskazał, że wiele programów rządowych mających pomóc określonej grupie społecznej lub branży ostatecznie nie odnosi sukcesów. Wg niego przyczyną tych niepowodzeń jest utarta początkowych zysków generowanych przez te grupy beneficjentów, które z czasem zaczynają się zmniejszać aż do momentu, w którym dana grupa nie odnosi już żadnych korzyści z danego programu. Jednak, grupa ta nadal będzie dążyć (np. poprzez wywieranie presji politycznej) na utrzymanie tego programu, gdyż

[862] Ibidem.

jego wycofanie oznaczałoby utratę jej wpływów itp.[863]

Za przykład mogą tutaj posłużyć przywileje jakie uzyskali amerykańscy producenci owoców cytrusowych w latach 30-tych XX w. podczas Wielkiego Kryzysu. Pozwoliły one na kontrolę ich produkcji oraz utworzenie kartelu ograniczającego ilość owoców cytrusowych wprowadzanych do sprzedaży, co naturalnie prowadziło do wzrostu ich cen. Dzięki uzyskanym przywilejom nikt nie obawiał się także konsekwencji złamania prawa antymonopolowego. Inną konsekwencją tych działań był wzrost wartości ziemi należącej do członków kartelu wywołany większymi przychodami ze sprzedaży owoców. Kolejne osoby chętne nabyć tę ziemię (oraz przywileje) musiały więc płacić coraz wyższą cenę, której wzrost spowodował jednak, że kolejni właściciele nie odnosili już żadnych nadzwyczajnych zysków z jej posiadania. W tym wypadku grupą, która odniosła największe zyski z utworzenia kartelu byli pierwotni właściciele ziemi w momencie jego powstania. Mimo, że kolejni właściciele nie odnoszą już żadnych specjalnych zysków, to nadal będą dążyć do zachowania swoich przywilejów. Ich zniesienie oznaczałoby bowiem, że ponieśliby oni duże starty na skutek spadku cen. Wcześniej grupa ta poniosła bowiem znaczące nakłady na zakup ziemi, ale już bez możliwości osiągania nadzwyczajnych zysków. Dlatego obawa przed prawdopodobną stratą będzie skłaniać ich do podejmowania określnych nacisków politycznych w celu podtrzymania danego programu.[864]

Pułapka przejściowych zysków pozwala także lepiej zrozumieć trwałość różnych rządowych programów socjalnych w tym również dotowanych przez podatników ubezpieczeń zdrowotnych. Początkowa grupa beneficjentów odnosi największe korzyści z uwagi na fakt, że jest jeszcze relatywnie mało liczna. Jednak, kiedy okazuje się, że subsydiowanie kolejnych beneficjentów staje się coraz bardziej kosztowne m. in. na skutek takich czynników jak zmiany demograficzne, starzejące się społeczeństwo czy choroby przewlekłe, to korzyści osiągane przez kolejne pokolenia beneficjentów zaczynają zanikać. Kolejne grupy będą jednak dalej dążyć do utrzymania ich przywilejów ze względu na poniesione wcześniej nakłady subsydiujące poprzednich beneficjentów

---

[863] Więcej na ten temat zob. G. Tullock, *The Transitional Gains Trap*, „Bell Journal of Economics” 1975, nr 2, s. 671-678.

[864] R. Higgs, *Gordon Tullock and the Transitional Gains Trap*, 06.11.2014, https://blog.independent.org/2014/11/06/gordon-tullock-and-the-transitional-gains-trap/ (dostęp: 23.10.2020).

itd. (sytuacja taka ma miejsce np. w przypadku programu Medicare).

Podobny efekt jest widoczny także w przypadku ubezpieczonych na *rynkach/giełdach*, którzy mimo pokrywania przez rząd większej części ich wydatków muszą zmagać się z rosnącą wysokością składek, coraz wyższymi płatnościami z własnej kieszeni czy ograniczoną siecią dostawców. Mimo, że ich korzyści maleją to część z nich będzie odpowiednio zdeterminowana do zachowania tych ubezpieczeń ze względu na wcześniej poniesione nakłady oraz (niedawno) przyznane przywileje – pomimo, że taka postawa generuje straty dla pozostałych ubezpieczonych, podatników czy ubezpieczycieli.

Dalsze działania Republikanów

Pomimo niepowodzenia związanego z uchyleniem ObamaCare Republikanie dalej podejmowali działania mające na celu poprawę sytuacji różnych grup Amerykanów. Warto tutaj wskazać chociażby na zarządzenie (dekret) Prezydenta Trumpa z października 2017 r., które zezwalałoby m. in. na utworzenie tzw. *stowarzyszeniowych planów zdrowotnych* (association health plans – AHPs). Plany te umożliwiałyby na łączenie się w duże grupy ubezpieczonych małych pracodawców oraz innych mniejszych grup dzięki czemu mogą one uzyskać lepsze warunki ubezpieczenia – tak jak ma to miejsce w przypadku większych pracodawców oferujących swoim pracownikom ubezpieczenia o niższej składce i szerszym zakresie dzięki rozłożeniu ryzyka oraz kosztów administracyjnych. Dodatkowo, AHP mogłyby oferować węższy zakres ubezpieczenia, byłyby zwolnione z wymogów ObamaCare czy z przepisów stanowych (tak jak w przypadku planów opartych na samo-ubezpieczeniu) oraz funkcjonowałyby ponad ich granicami. Zachowany miał zostać brak możliwości ustalania wyższych składek np. dla osób chorych, ale takie firmy ustaliłyby wówczas relatywnie wyższe składki dla wszystkich pracowników.[865]

Z założenia miało to wesprzeć mniejsze firmy oraz ich pracowników, którzy nie mieli możliwości łączenia się w większe grupy ryzyka. Zarządzenie to natrafiło jednak na

[865] Whitehouse.gov, *Presidential Executive Order Promoting Healthcare Choice and Competition Across the United States*, 12.10.2017, https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/presidential-executive-order-promoting-healthcare-choice-competition-across-united-states/ (26.10.2020).

problemy natury prawnej. W marcu 2019 r. Sąd Rejonowy Stanów Zjednoczonych dla Dystryktu Kolumbii orzekł, że założenia AHP nie są zgodne z planem, gdyż wspólnym ubezpieczeniem nie mogły być objęte grupy oraz podmioty nieposiadające prawdziwej wspólnoty interesów. Wg Sądu oznacza to, że AHP nie może być traktowany jako grupowy plan zdrowotny w ramach ustawy ERISA co było intencją Departamentu Pracy (Department of Labor) starającego się zrealizować zarządzenie Prezydenta.[866]

W tym samym zarządzeniu zawarto jeszcze plany utworzenia ubezpieczeń krótkoterminowych (short term limited-duration insurnace – STLDI) oraz specjalnych kont (health reiimbursement arrangements (HRAs). STLDI miało być zwolnione z wielu przepisów ObamaCare i stanowić tańszą alternatywę dla ubezpieczeń zawieranych na *rynkach/giełdach*. Miało to ułatwić zawieranie ubezpieczeń krótkoterminowych np. przez osoby nie mogące uzyskać ubezpieczenia zdrowotnego w swoim miejscu pracy. Z kolei HRA miało ułatwić zachowanie swojego dotychczasowego ubezpieczenia przez pracownika podczas rezygnacji z pracy w danej firmie lub podczas przechodzenia z jednej firmy do drugiej.[867]

Z innych działań warto także wspomnieć o prezydenckiej proklamacji z października 2019 r., która (od listopada tego samego roku) wprowadziła wymóg udowodnienia posiadania przez imigrantów (w ciągu 30 dni od ich wjazdu do USA) zatwierdzonego ubezpieczenia zdrowotnego lub środków finansowych przeznaczonych na pokrycie przewidywalnych wydatków związanych z leczeniem. Takim zatwierdzonym ubezpieczeniem może być np. ubezpieczenie zawarte przez pracodawcę lub pozostałe ubezpieczenia prywatne jak: np.: ubezpieczenia krótkoterminowe, ubezpieczenia turystyczne lub katastroficzne (z wysokim udziałem własnym itp.). Z kolei dotowane ubezpieczenia zawierane przez *rynki/giełdy* lub ubezpieczenia Medicaid nie są akceptowane. Nowy wymóg obejmuje głównie imigrantów wraz z rodzinami, ale nie ma zastosowania do uchodźców, azylantów czy niektórych grup.[868]

[866] K. Keith, *Court Invalidates Rule On Association Health Plans*, 29.03.2019, https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20190329.393236/full/ (dostęp: 26.10.2020).

[867] Whitehouse.gov, *Presidential Executive Order Promoting Healthcare Choice and Competition Across the United States*, 12.10.2017, https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/presidential-executive-order-promoting-healthcare-choice-competition-across-united-states/ (26.10.2020).

[868] Kaiser Family Foundation, *President Trump's Proclamation Suspending Entry for Immigrants without Health Coverage*, 10.10.2019, https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/fact-sheet/president-trumps-proclamation-suspending-entry-for-immigrants-without-health-coverage/ (dostęp: 26.10.2020).

Wg oficjalnej strony Białego Domu, celem tych przepisów jest ograniczenie wydatków jakie ponoszą dostawcy (np. szpitale), które są związane z zapewnianiem świadczeń medycznych osobom nieubezpieczonym. Wydatki te często nie są rekompensowane przez samych beneficjantów tych świadczeń i tym samym prowadzą do wyższych podatków, składek czy opłat za usługi. Wskazuje się także, że osoby nieubezpieczone często, w nieuzasadnionych przypadkach, korzystają z usług pogotowia ratunkowego. Szacuje się, że łączna wysokość niezwracanych wydatków przeznaczanych na osoby nieubezpieczone wynosiła średnio około 35 mld USD w każdym z ostatnich 10 lat a ich średnia wysokość przypadająca na każdy szpital to 7 mln. USD.[869]

W tym kontekście warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że zaistniała sytuacja jest przede wszystkim pokłosiem wcześniejszych regulacji nakazujących szpitalnym oddziałom ratunkowym przyjmowanie wszystkich osób, które się do nich zgłoszą (EMTALA), ograniczenia konkurencji pomiędzy szpitalami (CON) czy wielu stanowych regulacji czyniących ubezpieczenie zdrowotne mało przystępnym cenowo – zwłaszcza dla osób o niższych dochodach. Ponadto, problem nieubezpieczonym imigrantów w większym stopniu dotyczy osób przebywających w USA nielegalnie niż tych udokumentowanych. Dlatego, wymogi te wcale nie muszą przyczynić się do znaczącej poprawy sytuacji. Wspomniane przepisy mogą wpłynąć na większą świadomość osób przybywających do USA (np. co do zakupu odpowiedniego ubezpieczenia zdrowotnego), ale przede wszystkim powinne one zostać wsparte znaczącą deregulacją rynku co doprowadziłoby do spadku cen ubezpieczeń czy usług szpitalnych.

[869] Whitehouse.gov, *Presidential Proclamation on the Suspension of Entry of Immigrants Who Will Financially Burden the United States Healthcare System*, 04.10.2019, https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/presidential-proclamation-suspension-entry-immigrants-will-financially-burden-united-states-healthcare-system/ (dostęp: 26.10.2020).

5.3. Pozostałe propozycje zmian

Przedstawiciele Partii Demokratycznej, oprócz propozycji rozszerzenia wsparcia ubezpieczonych na *rynkach/giełdach* czy wprowadzenia opcji publicznych, zaproponowali także bardziej radykalne zmiany polegające na utworzeniu systemu jednego płatnika. Postulaty te zyskały rozgłos jako Medicare for All a ich głównym orędownikiem był senator Bernie Sanders.

Kluczowe założenia tego planu koncentrowały się na utworzeniu rządowego ubezpieczenia zdrowotnego obejmującego wszystkich Amerykanów w celu zapewnienia im kompleksowych i nieodpłatnych świadczeń medycznych. Medicare for All zlikwidowałoby sieci dostawców jakie obowiązują obecnie przy prywatnych ubezpieczeniach, składki ubezpieczeniowe, wydatki bezpośrednie (w tym udział własny) itp. Dodatkowo, zakres programu Medicare miał zostać rozszerzony o takie usługi jak: stomatologia, leczenie wzroku i słuchu, długoterminowa opieka domowa czy leczenie chorób psychicznych a wydatki bezpośrednie przeznaczane na zakup leków miałyby zostać ograniczone do 200 USD rocznie.[870]

Jako głownie powody dla wprowadzenia takich rozwiązań podaje się m. in.: 30 mln osób pozostających bez ubezpieczenia, rosnące wydatki bezpośrednie przy ubezpieczeniu, najwyższe na świecie wydatki na opiekę zdrowotną *per capita* czy gorsze wyniki zdrowotne i śmiertelność niemowląt w porównaniu do innych krajów.[871]

Jednak, wszystkie z tych problemów zostały dokładnie omówione w poprzednich częściach niniejszej pracy i nie są one wynikiem zawodności rynku tylko rządowego interwencjonizmu, określonego stylu życia ludności (w tym nawyków żywieniowych) czy przyjętych definicji jak ma to miejsce w przypadku statystyk dotyczących śmiertelności niemowląt.

Jednym z argumentów przemawiających na korzyść Medicare for All miały być niższe koszty administracyjne generowane przez Medicare w porównaniu do ubezpieczeń prywatnych. Medicare for All pozwoliłoby więc na dodatkowe oszczędności w sali całego kraju jakie miały zostać wykorzystane m. in. na dodatkowe świadczenia

[870] Berniesanders.com, *Health Care as a Human Right - Medicare For All*, brak daty, https://berniesanders.com/issues/medicare-for-all/ (dostęp: 27.10.2020).

[871] Ibidem.

medyczne. Jednak, jak wykazano w rozdziale 3[872] było to ujęcie procentowe obrazujące stosunek kosztów administracyjnych do całkowitych kosztów Medicare a nie ich niższa nominalna wysokość co budowało jedynie mylny obraz sytuacji. Program Medicare,

z uwagi na starszych ubezpieczonych, ma bowiem znacznie wyższe koszty przypadające na beneficjenta co prowadziło do zmniejszenia udziału kosztów administracyjnych. Co więcej, system jednego płatnika doprowadziłby do wzrostu przepisów, regulacji, biurokracji a tym samym do jeszcze wyższych kosztów tego rodzaju.

W dyskusji nad zasadnością wprowadzenia Medicare for All należy również zwrócić uwagę na fakt, że żaden tego typu system istniejący w innych krajach nie prowadzi do spadku kosztów w opiece zdrowotnej, a dodatkowym skutkiem jego wprowadzenia jest zazwyczaj racjonowanie dostępu do opieki zdrowotnej. Nie jest to efektem błędnego zarządzania czy niedostatecznych funduszy tylko strukturalną wadą tego typu rozwiązań występującą w wielu krajach rozwiniętych jak np. w: Kanadzie, Zjednoczonym Królestwie, Szwecji, Norwegii czy Hiszpanii.

Wejście w życie Medicare for All oznaczałoby także podwyżkę podatków. W 2020 r. Komitet ds. Odpowiedzialnego Budżetu Federalnego (Committee for a Responsible Federal Budget) opublikował zaktualizowane prognozy co do wysokości wydatków na tego typu program. Wynikało z nich, że proponowane rozwiązania zwiększą wydatki federalne od 25 do 35 mld USD, w ciągu 10 lat. W celu sfinansowania tych dodatkowych wydatków niezbędne byłyby więc podwyżki podatków. Przykładowo, w celu pozyskania dodatkowych 30 mld USD, sama podstawowa stawka podatku od wynagrodzeń (payroll tax) musiałaby wzrosnąć z 15,3% do 32%. Innym rozwiązaniem mogłoby być np. ustanowienie nowego federalnego podatku od wartości dodanej (VAT) w wysokości 42%. Dlatego, chcąc odpowiednio rozłożyć koszty, rząd mógłby także zdecydować się na podniesienie kilku różnych podatków i wprowadzeniu nowych danin tak jak miało to miejsce w przypadku ObamaCare.[873]

Najbardziej radykalną konsekwencją wprowadzenia tego typu rozwiązania byłoby jednak bardzo prawdopodobne pozbawianie Amerykanów ich ubezpieczeń

---

[872] Podrozdział 3.4.

[873] Committee for a Responsible Federal Budget, *Choices for Financing Medicare for All*, 17.03.2020, http://www.crfb.org/papers/choices-financing-medicare-all (dostęp: 27.10.2020).

prywatnych, zwłaszcza tych zawieranych przez pracodawcę. Mimo różnych problemów z jakimi zmaga się rynek ubezpieczeń zdrowotnych wielu z nich nie poparłoby tego pomysłu widząc chociażby problemy ze stworzonymi przez rząd *rynkami/giełdami*. Między innymi dlatego Demokraci zdecydowali się na mniej radykalne i kontrowersyjne rozwiązania w postaci zwiększenia funduszy na cele realizowane za pomocą ObamaCare, co zostało uwzględnione w kampanii wyborczej J. Bidena – ich kandydata na urząd prezydenta USA podczas wyborów w 2020 r.

Nie oznacza to wcale, że utworzenie systemu jednego płatnika jest niemożliwe. Avik Roy, Prezydent Foundation for Research on Equal Opportunity oraz były doradca Republikanów, wskazuje na postępujący proces osłabiania ubezpieczeń prywatnych – tym razem za pomocą *opcji publicznych*, a więc ubezpieczeń rządowych mających być tańszą konkurencją dla tych prywatnych. Opcje publiczne proponowane przez Demokratów w założeniu mają być tańsze od ubezpieczeń zawieranych przez pracodawcę dzięki niższej stawce refundacji wypłacanej szpitalom i innym dostawcom. Miałaby ona zostać taka sama jak w przypadku Medicare, czyli około 2,4 razy niższa od ubezpieczeń prywatnych –relatywnie wyższe stawki dla tych drugich wynikają głównie z monopolu jaki mają szpitale na danym rynku.[874]

Nie jest to pierwsza próba wprowadzenia tego typu rozwiązań. Już w 2010 r. Demokraci chcieli wprowadzić opcje publiczne poprzez standardowy proces legislacyjny wymagający minimum 60 głosów w Senacie. Ostatecznie uzyskali oni 58 głosów. Roy uważa, że następnym razem mogą oni podjąć taką próbę przez przyspieszony proces (reconciliation) wymagający już zwykłej większości głosów. Dodatkowo, opcje publiczne mają szansę zostać pozytywnie ocenione przez Kongres jako rozwiązanie zmniejszające deficyt z uwagi na fakt, że ich niższe składki jednocześnie prowadziłby do niższych ulg podatkowych w porównaniu do ubezpieczeń prywatnych czy tych zawieranych na *rynkach/giełdach*.[875]

[874] A. Roy, *To Stop Socialized Medicine, Expand Individual Choice*, 27.05.2019, https://www.nationalreview.com/2019/05/stop-socialized-medicine-expand-individual-choice/ (dostęp: 28.10.2020).

[875] Ibidem.

5.4. Ocena zasadności wprowadzenia PPACA oraz propozycji jej dalszych modyfikacji

Skutki ObamaCare a przyszłość amerykańskiego systemu ochrony zdrowia

Ekonomiści szkoły austriackiej zwracają uwagę na istotność struktury produkcji w procesie gospodarowania rzadkimi dobrami w celu poprawy bytu społeczeństwa. W kontekście systemów ochrony zdrowia niemniejsze znaczenie ma także struktura finansowania dostępu do świadczeń medycznych. Rządowe interwencje mogą znacząco zaburzyć tę strukturę i tym samym utrudnić ich racjonalną produkcję i oraz konsumpcję.

Wielu Amerykanów bezpośrednio doświadcza tych problemów np. poprzez ograniczone sieci dostawców, rosnące wysokości składek ubezpieczeń i wydatków bezpośrednich czy ograniczone możliwości nabywania usług medycznych w innej formie niż przez ubezpieczenie. Pomimo tego wielu z nich jest przeświadczonych, że problemy te są efektem zawodności rynku, chociażby z uwagi na powszechność prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego zawieranego przez pracodawcę czy brak systemu jednego płatnika obejmującego wszystkich Amerykanów. Część z nich mniej lub bardziej otwarcie wspiera więc poszczególne opcje polityczne za każdym razem obiecujące poprawę sytuacji poprzez podejmowanie kolejnych interwencji w tym obszarze.

Co ciekawe statystyki przytoczone przez American Enterprise Institute (AEI) wskazują, że zdanie Amerykanów na temat funkcjonowania ich systemu opieki zdrowotnej nie uległo znaczącym zmianom przez prawie cztery dekady – mimo kolejnych rządowych interwencji. Przykładowo, w 1982 r. tylko 19% badanych twierdziło, że system ten funkcjonuje należycie i potrzebne są niewielkie zmiany, a w 2018 r. odsetek ten spadł do 16%. Najwięcej badanych na przestrzeni lat podzielało opinię, że w amerykańskim systemie jest kilka dobrych elementów, ale potrzebne są fundamentalne zmiany (47% w 1982 r. wobec 52% w 2018 r.). Natomiast prawie jedna trzecia z nich twierdziła, że system ten ma bardzo wiele wad i potrzebna jest jego całkowita przebudowa (28% w 1982 r. wobec 31% w 2018 r.).[876] Są to więc jedynie

[876] American Enterprise Institute, *AEI Political Report: The polls on the past and future of health care reform*, 05.03.2019, https://www.aei.org/wp-content/uploads/2019/03/Political-Report-March-2019.pdf (dostęp: 03.11.2020).

nieznaczne różnice.

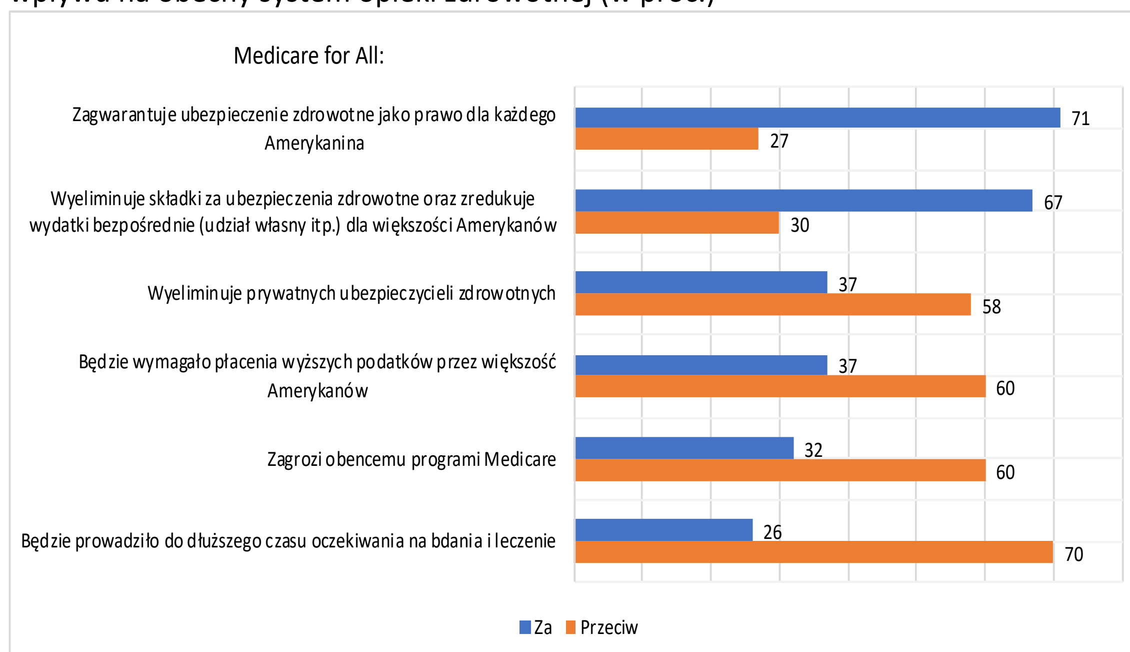
W swoim raporcie AEI przedstawiło także badania Gallupa (listopad 2018 r.) na temat kosztów opieki zdrowotnej w USA. Co nie powinno dziwić, jedynie 20% badanych było ogólnie zadowolonych z ich wysokości wobec 79% niezadowolonych. Ponadto 57% z nich stwierdziło, że to do rządu federalnego należy obowiązek podjęcia działań mających na celu posiadania ubezpieczenia zdrowotnego przez wszystkich Amerykanów podczas gdy 42% nie postrzegało tego jako zadania dla władz federalnych. Jednak kolejne badania tej instytucji (grudzień 2018 r.) pokazały, że wsparcie dla systemu opieki zdrowotnej kierowanej przez władze federalne wyraziło już *tylko* 40% badanych a 57% skłaniało się ku systemowi opartemu głównie na prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych. W tym względzie badania opinii publicznej mogą znacząco się różnić. Przykładowo, wg ankiety przeprowadzonej przez FOX News (sierpień 2018) wśród zarejestrowanych wyborców 46% z badanych popierało przejście na system jednego płatnika zwany Medicare for All, 31% było temu przeciwnych a 23% nie miało zdania. Jeszcze inne badanie przeprowadzone przez CBS News (październik 2018 r.) pokazało, że przychylnych dla propozycji oferowania każdemu ubezpieczenia zdrowotnego administrowanego przez rząd federalny jest 65% badanych a przeciw 30%.[877]

Tego rodzaju ankiety stanowią ciekawe narzędzie do analizy nastrojów społecznych na dany temat. Nie mogą one jednak służyć do potwierdzania czy obalania twierdzeń ekonomicznych oraz dowodzić słuszności prowadzonej czy planowanej przez rząd polityki gospodarczej. Ankietowani nie ponoszą bowiem bezpośrednich kosztów czy konsekwencji swoich odpowiedzi. Wielu z nich nie jest także świadoma realnych skutków wejścia w życie pomysłów jakie w danym momencie popierają.

Tę ostatnią kwestię dobrze obrazują badania z 2019 r. przeprowadzone przez Kaiser Family Foundation. Pokazują one znaczącą zmianę poparcia dla pomysłu utworzenia Medicare for All w zależności od możliwych konsekwencji (rysunek 62).

[877] Ibidem.

Rysunek 62. Zmiana poparcia dla utworzenia Medicare for All wobec jego możliwego wpływu na obecny system opieki zdrowotnej (w proc.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaiser Family Foundation, *Public Opinion on Single-Payer, National Health Plans, and Expanding Access to Medicare Coverage*, 16.10.2020, https://www.kff.org/slideshow/public-opinion-on-single-payer-national-health-plans-and-expanding-access-to-medicare-coverage/ (dostęp: 03.11.2020).

O ile gwarancję zapewnienia ubezpieczenia wszystkim Amerykanom oraz eliminację składek na ubezpieczenie i ograniczenie wydatków bezpośrednich, popiera odpowiednio 71% i 67% badanych, to poparcie dla utworzenia Medicare for All już znacząco spada (do 37%) kiedy okazuje się, że może to jednocześnie doprowadzić do podwyżki podatków lub wyeliminowania ubezpieczycieli (i ubezpieczeń) prywatnych. Pomysł ten ma jeszcze mniejsze poparcie wśród badanych (26%) gdy jako jedną z jego konsekwencji podano wydłużenie czasu oczekiwania na badania i leczenie. Należy również podkreślić, że takiemu powszechnemu ubezpieczeniu bardzo trudno byłoby utrzymać standard Medicare. Nazwa ta jest celowo wykorzystywana przez polityków, gdyż Amerykanom może się ona dobrze kojarzyć w przeciwieństwie do np. Medicaid. Istotnie, próba przekonania opinii publicznej do *Medicaid for All* nie byłaby już tak łatwa z uwagi na niższą jakość świadczonych usług itp. – na co może zwrócić uwagę część wyborców.

Medicare for All to oczywisty krok do utrwalenia niewłaściwej struktury finansowania, które jedynie jeszcze bardziej pogłębiłby istniejące problemy. Podobnie było w przypadku ObamaCare. Jednak nie powinno to w ogóle dziwić, gdyż tak naprawdę

zastosowano te same interwencjonistyczne środki co w przeszłości. Samo posiadanie ubezpieczenia nie rozwiąże problemów z dostępnością do świadczeń medycznych, gdyż bardzo wiele zależy od wieku czy zdrowia ubezpieczonych. Ubezpieczenie nie sprawdzi się jako odpowiednie narzędzie do finansowania dostępu do rutynowych świadczeń itp. Ponadto jest ono przeznaczone głownie dla osób zdrowych u których nie wystąpiły jeszcze niepożądane zdarzenia jak choroba czy wypadek. Ujmując to inaczej, instytucja ubezpieczenia ma ograniczone możliwości rozwiązania wszystkich potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Zaletą nieskrępowanych procesów rynkowych jest odpowiednia (racjonalna) struktura finansowania dostępu do takich świadczeń. Ubezpieczenie pełni bardzo ważną rolę podobnie jak płatności bezpośrednie – wymaga to jednak również braku interwencji po stronie podażowej. Rząd nie może ingerować w proces kształcenia lekarzy czy budowania nowych placówek medycznych tak jak ma to miejsce w USA.

Decydentom wydaje się, że rządowe czy dotowane prywatne ubezpieczenie rozwiąże większość problemów. Prawdą jest, że ObamaCare zwiększyło liczbę ubezpieczonych, ale to nie oznacza jednocześnie dowodu na utworzenie stabilnego mechanizmu gwarantującego odpowiednią przystępność cenową. Wręcz przeciwnie, nastąpił znaczący wzrost składek, dodatkowych płatności bezpośrednich przy ubezpieczeniu, ograniczanie sieci dostawców czy głośne wyjścia ubezpieczycieli z *rynków/giełd*. Więcej osób z ubezpieczeniem nie oznacza więc poprawy ich sytuacji, jeśli nie jest to efektem nieskrępowanych procesów rynkowych. Nie wszyscy kwalifikujący się przystąpili również do rozszerzonego Medicaid i tak jak w przeszłości nie byli chętni do uczestnictwa w tym programie. Formalnie byli więc nieubezpieczeni, ale niekoniecznie musi to być postrzegane jako problem.

Wg U.S. Census Bureau liczba nieubezpieczonych (przez cały rok) w 2013 r. wyniosła 42 mln osób co stanowiło 13,4% całej populacji USA.[878] W 2019 r. liczba ta spadła do 26 mln nieubezpieczonych (8% populacji). Część z *nowych* ubezpieczonych – około 10 mln – uzyskała dostęp do ubezpieczenia poprzez dotowane *rynki/giełdy*.[879] Inni skorzystali z rozszerzenia Medicaid – była to więc kolejna część społeczeństwa

[878] J. C. Smith, C. Medalia, *Health Insurance Coverage in the United States: 2013*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2014, s. 2.

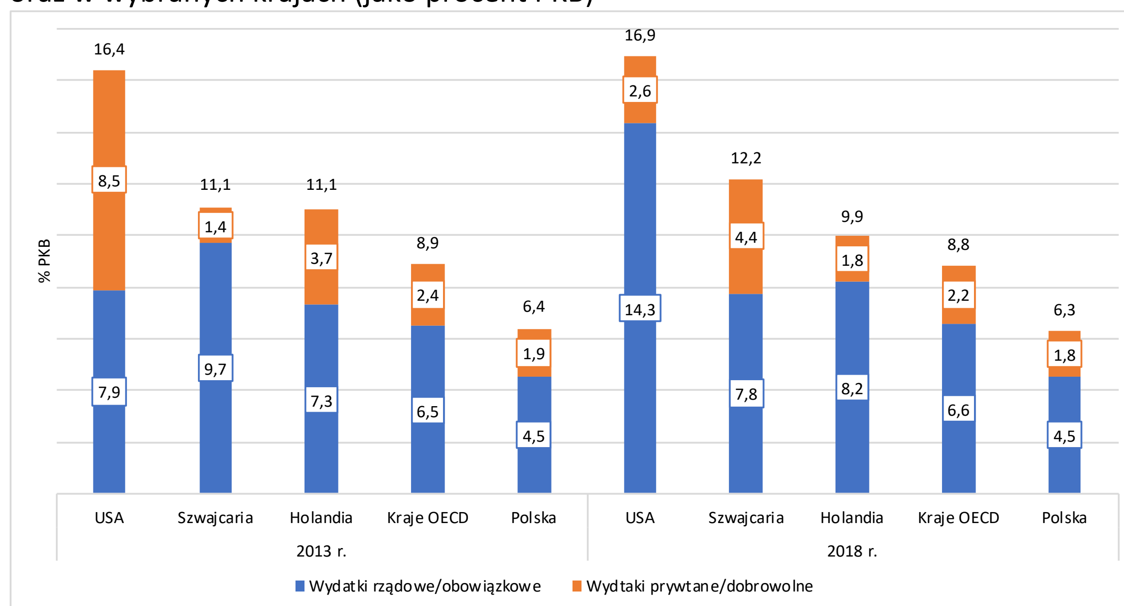
[879] K. Keisler-Starkey, L. N. Bunch, *Health Insurance Coverage in the United States: 2019*, U.S. Census Bureau, Waszyngton 2020, s. 5.

uzależniona od rządu. Mimo to 26 mln osób bez ubezpieczenia w pewien sposób pokazuje nieskuteczność ObamaCare i trudno oczekiwać by, nawet pod rządami Demokratów, sytuacja ta miała się poprawić. Nie jest to jednak efektem zredukowania kary za brak ubezpieczenia do zera czy braku odpowiedniego wsparcia dla ubezpieczycieli, gdyż już wcześniej widoczne były powszechne problemy z przyciągnięciem wystarczającej liczby ubezpieczonych w wielu stanach. Z kolei niechęć do pokrywania strat ubezpieczycieli była efektem z jednej strony stale rosnących wydatków w pierwszych latach ObamaCare, a z drugiej strony brakiem zapewnienia odpowiednich środków na te cele przez Prezydenta Obamę.

Co ciekawe, wymóg posiadania ubezpieczenia zdrowotnego oraz nowe regulacje obejmujące pracodawców wprowadzone przez ObamaCare przyczyniły się także do zmiany w interpretacji źródeł wydatków (prywatne-publiczne) na opiekę zdrowotną przez niektóre instytucje. Przykładowo, OECD w swoich ostatnich raportach *Health at a Glance* informuje, że od momentu wprowadzenia Obamacare w 2014 r. udział wydatków publicznych znacząco *wzrósł* m. in. z powodu obowiązku posiadania ubezpieczenia. Od 2014 r. prywatne ubezpieczenia zdrowotne zawierane indywidualnie (np. na *rynkach/giełdach*) oraz przez pracodawcę zaliczane są bowiem do wydatków publicznych, gdyż funkcjonują one w ramach obowiązkowego systemu ubezpieczeń tak jak ma to miejsce np. w przypadku Szwajcarii czy Holandii.[880] Dlatego udział tego typu wydatków w USA od kilku lat jest tak wysoki. W 2019 r. wyniósł on około 85% wydatków całkowitych w porównaniu do 48% w 2013 r. (rysunek 63).

[880] OECD, *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż 2019, s. 150.

Rysunek 63. Udział wydatków wg poszczególnych źródeł na opiekę zdrowotną w USA oraz w wybranych krajach (jako procent PKB)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż 2019, s. 153; OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż 2019, s. 167.

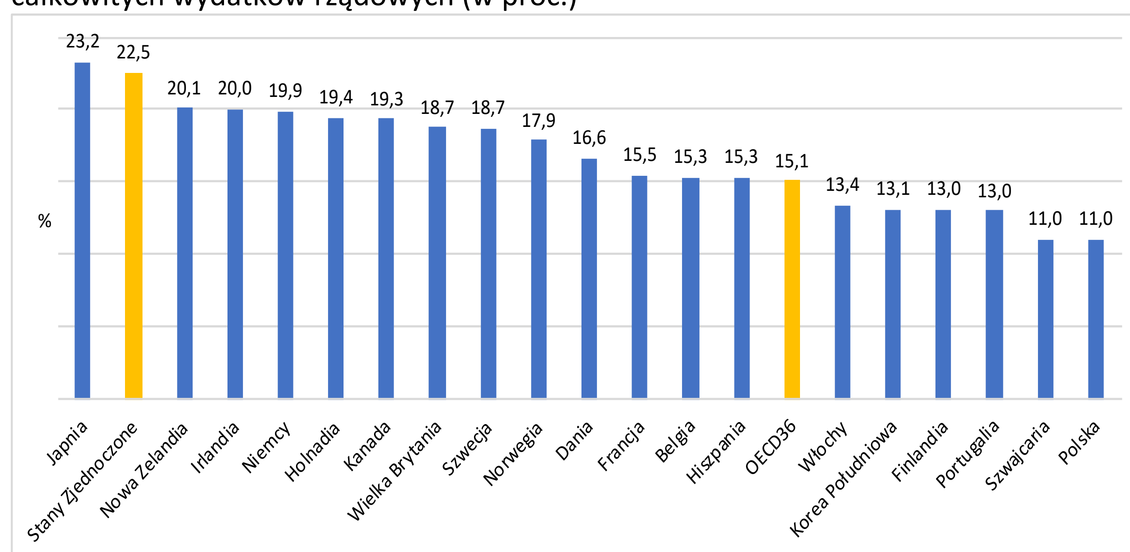
Zmiany w klasyfikacji danych wydatków przez OECD, mimo że nie miały tego bezpośrednio na celu, dobrze obrazują postępujący interwencjonizm w USA. Chociaż, autorzy raportu podkreślają, iż ze względu na ograniczone możliwości dokładniejszego pomiaru danych do (obowiązkowych i już *publicznych*) ubezpieczeń zawieranych przez pracodawcę zostały dodane pozostałe prywatne ubezpieczenia dobrowolne, [881] to nawet ich wyłączenie nie spowodowałoby znaczącego obniżenia udziału wydatków publicznych – tzn. nie byłby on z powrotem zbliżony do poziomu z 2013 r.

Jednak nawet bez uwzględniania obowiązkowych i dobrowolnych ubezpieczeń prywatnych widoczne jest większe zaangażowanie środków publicznych. OECD podaje, że w 2017 r. wydatki na opiekę zdrowotną ze źródeł publicznych stanowiły 22,5% całkowitych wydatków rządowych co, po Japonii było drugim najwyższym wynikiem na świecie (rysunek 64). Dla porównania, w 2013 r. odsetek ten dla wynosił 20%, co wówczas plasowało USA na 4 pozycji. Z kolei wydatki ze źródeł publicznych (bez ubezpieczeń prywatnych itd.) na opiekę zdrowotną w 2017 r. w USA stanowiły *jedynie* 50% wydatków całkowitych, co i tak należy uznać za znaczący odsetek.[882] Nie wolno przy

[881] Ibidem, s. 150.
[882] Ibidem, s. 159.

tym zapominać o rozległej i stale powiększającej się sferze regulacyjnej obejmującej pozostałą połowę wydatków prywatnych. Między innymi dlatego zmiana ich klasyfikacji przez OECD, związana z obowiązkiem posiadania ubezpieczenia zdrowotnego, może w łatwy sposób zwrócić uwagę obserwatorów na kwestię ponownego przemyślenia rzekomo rynkowego modelu systemu amerykańskiego.

Rysunek 64. Wydatki na opiekę zdrowotną ze źródeł publicznych jako odsetek całkowitych wydatków rządowych (w proc.)

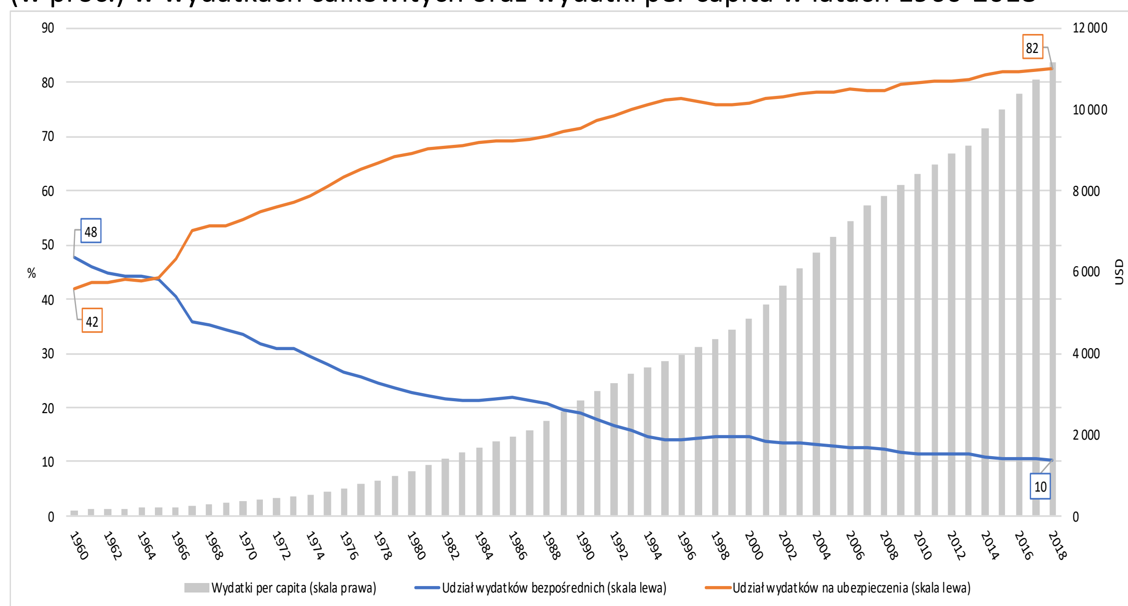


Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż 2019, s. 159.

Rynkowa alternatywa

Interwencjonizm w opiece zdrowotnej USA skoncentrowany jest m. in. na eksponowaniu coraz większej roli płatników trzeciej strony czy to poprzez tworzenie rządowych ubezpieczeń czy przez wspieranie rynków quasi-prywatnych tzn. z prywatnymi podmiotami, ale funkcjonujących w oparciu o szereg rządowych wytycznych. Prowadzi to do zwiększonego popytu na ubezpieczenia zdrowotne oraz zmniejszania udziału płatności bezpośrednich. Tak zaburzona struktura finansowania znacznie przyczynia się do wzrostu wydatków (i kosztów) na świadczenia medyczne a także zniechęca do oszczędnych działań ze strony konsumentów i dostawców (rysunek 65).

Rysunek 65. Zmiana udziału poszczególnych rodzajów wydatków na opiekę zdrowotną (w proc.) w wydatkach całkowitych oraz wydatki per capita w latach 1960-2018



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Centers for Medicare and Medicaid Services, *National Health Expenditures by type of service and source of funds, CY 1960-2018*, brak daty, https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical (dostęp: 10.11.2020).

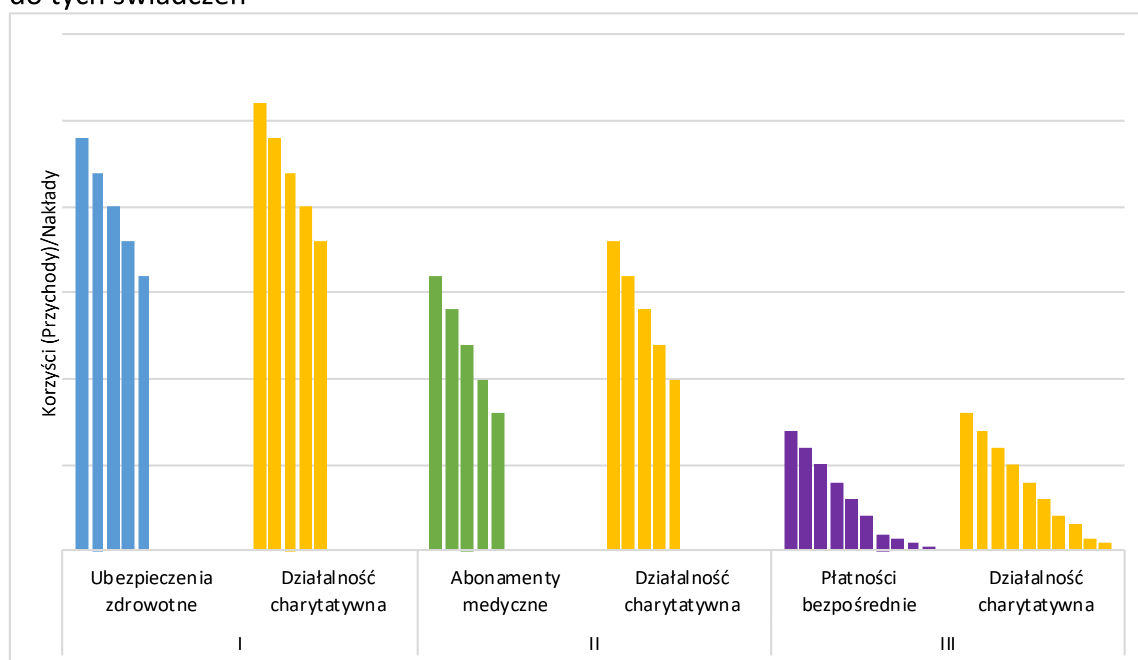
Uwagi: Wydatki na ubezpieczenia zdrowotne obejmują wydatki na: (1) ubezpieczenia prywatne; (2) ubezpieczenia publiczne Medicare, Medicaid, CHIP; (3) pozostałe wydatki publiczne związane z płatnikiem trzeciej strony oraz innymi programami publicznymi, w tym m. in.: dotacje na *rynkach/giełdach* oraz pozostałe wydatki (np. stanowe oraz lokalne dotacje itp.).

Rysunek 62 można więc uznać za swego rodzaju wizualną kwintesencję problemów amerykańskiego systemu ochrony zdrowia. Wielu Amerykanów postrzega w ubezpieczeniu rozwiązanie problemu stale rosnących kosztów nie dostrzegając jednocześnie, że to właśnie ich eksponowanie jest główną przyczyną problemu a nie jego rozwiązaniem. Stąd pojawiają się nieustanne tendencje do rozszerzania zakresu takich ubezpieczeń czy odpowiednich ich regulacji np. gwarantujących ochronę osobom o wyższym ryzyku zdrowotnym itd. Z kolei brak ubezpieczenia postrzegany jest jako niepożądana sytuacja mogąca spowodować znaczne problemy finansowo-zdrowotne. Po części są to zrozumiałe obawy. Należy jednak podkreślić, że niepopularność płatności bezpośrednich ma swoje źródła także w silnych regulacjach strony podażowej, które sztucznie ograniczają konkurencję rynkową oraz przyznają przywileje monopolistyczne określonym podmiotom.

Jako realne rozwiązanie tych problemów należy wskazać rynkowy system ochrony zdrowia ze swoją dynamiczną i zdywersyfikowaną strukturą finansowania usług

zdrowotnych, która nie faworyzuje z góry jednej wybranej formy (np. ubezpieczenia), ale dzięki temu pozwala na utworzenie się określonego spontanicznego porządku (rysunek 66).

Rysunek 66. Korzyści osiągane przez konsumentów świadczeń medycznych w stosunku do ponoszonych wydatków wg poszczególnych form finansowania dostępu do tych świadczeń



Źródło: Opracowanie własne.

W systemie tym ubezpieczenie dalej pełni bardzo ważną rolę. Instytucja ta nie jest jednak odpowiedzialna za finansowanie dostępu do większości świadczeń. Dzięki temu finansowanie mniej kosztownych świadczeń pewnych czy rutynowych może zostać *przejęte* np. przez sieci medyczne oferujące abonamenty, lekarzy i szpitale przyjmujących płatności bezpośrednie czy instytucje charytatywne, które odpowiadają niejako za korygowanie różnych niedostosowań mogących mieć miejsce w *bazowej* strukturze. W realnej gospodarce zawsze będzie bowiem występować niepewność, ludzie będą popełniali błędy itd. Takiego systemu nie da się z góry efektywnie zaprojektować stąd bardzo istotna rola instytucji charytatywnych. Ponadto system ten byłby wysoce konkurencyjny i znaczenie poszczególnych form finansowania mogłoby się (do pewnego stopnia) uzupełniać oraz zmieniać w czasie. Przykładowo, konkurencja pomiędzy dostawcami wraz z postępem technologicznym prowadziłby do sukcesywnego obniżania kosztów oraz cen. Dzięki lepszej przystępności cenowej posiadanie

abonamentu lub ubezpieczenia nie musiałoby być aż tak koniecznie tak jak ma to miejsce obecnie. Wzrosłaby także świadomość co do zdrowego trybu życia oraz społeczna odpowiedzialność za potrzebujących.

Taki system oznaczałby też skuteczną barierę przeciw interwencjom w innych częściach gospodarki. Np. planowane wzrosty podatków mogłyby zostać zinterpretowane jako pośrednie ograniczanie możliwości prywatnego finansowania dostępu do świadczeń medycznych itd. Dlatego kwestii wprowadzenia rynkowego systemu ochrony zdrowia nie da się rozpatrywać w oderwaniu od całej gospodarki, gdyż oba te obszary niejako się uzupełniają. Rynkowy system ochrony zdrowia funkcjonuje w oparciu o suwerenne decyzje oraz prywatne oszczędności konsumentów. Jego sukces może być także wyznacznikiem dla większej liberalizacji innych obszarów gospodarki np. systemu emerytalnego itp.

Na zakończenie warto podkreślić, że w celu utworzenia takiego systemu muszą zostać podjęte bardziej zdecydowane i odważne działania, które mogą spotkać się z niezadowoleniem części opinii publicznej. Z ekonomicznego punktu widzenia są one jednak niezbędne w celu zapewnienia społeczeństwu bardziej przystępnych świadczeń medycznych. Co istotne działania te muszą obejmować zarówno stronę popytową jak i podażową. Deregulacja rynku ubezpieczeń zdrowotnych nie będzie bowiem w pełni udana, jeśli nie zostanie wsparta konsekwentnym znoszeniem regulacji ograniczających liczbę lekarzy, placówek medycznych czy leków.

W tym kontekście brak chęci do bardziej zdecydowanych zmian w niebezpieczny sposób zachowuje nieodpowiednie rozwiązania instytucjonalne i pogłębia istniejące problemy co przyczynia się do powrotu dyskusji nad wprowadzeniem systemu jednego płatnika. W USA takie systemy obejmują już część społeczeństwa. Są to chociażby Medicare czy Medicaid. Szczególnie ten pierwszy cieszy się specjalną troską wśród polityków. Rozwiązania problemów z systemem ochrony zdrowia USA nie można sprowadzić do przeciwstawienia planów Demokratów z propozycjami Republikanów. W rzeczywistości każde z tych ugrupowań miało swój wkład w rozszerzaniu wpływu rządu w tym obszarze gospodarki. Demokraci wprowadzili Medicare, Medicaid czy ObamaCare. Także Republikanie mają znaczący dorobek w tym zakresie. Można tutaj wspomnieć chociażby Prezydentów: R. Reagana, który podpisał ustawę EMTALA nakładającą wiele nowych regulacji na szpitale; G. W. Busha rozszerzającego Medicare

o subsydiowanie ubezpieczonych przy zakupie leków na receptę (część D Medicare) czy innego polityka tej partii – Mitta Romneya – będącego jednym z głównych inicjatorów obowiązkowego ubezpieczenia w stanie Massachusetts. Ostatecznie Republikanie nie byli także zdolni do (przynajmniej częściowego) uchylenia ObamaCare. Mimo ich konkretnych wysiłków ukierunkowanych na ten cel nie należy tracić z widoku całego obrazu amerykańskiego systemu ochrony zdrowia, który od wielu dekad przed ObamaCare był coraz bardziej regulowany. W miarę postępującego interwencjonizmu rośnie potrzeba bardziej zdecydowanych rozwiązań na pierwszym miejscu stawiających wybór a nie przymus. Bardziej kompromisowe rozwiązania nie przyniosą oczekiwanych skutków i tym samym będą prowokowały następne interwencje.

Zakończenie

Przedstawienie amerykańskiego systemu ochrony zdrowia z perspektywy szkoły austriackiej pokazało, że bardzo duże znaczenie ma odpowiednia struktura finansowania dostępu do świadczeń medycznych. Struktura rynkowa nie jest stała i może podlegać pewnym zmianom. Ubezpieczeniem nie musi być także objęta zdecydowana większość społeczeństwa. Wynika to z faktu, że instytucja ta ma ograniczone możliwości efektywnego zaspokajania potrzeb zdrowotnych osób o wyższym ryzyku zdrowotnym czy finansowaniu dostępu do rutynowych świadczeń. Dlatego, powinna ona zostać uzupełniona o alternatywne formy jak np. płatności bezpośrednie. Wymaga to także daleko idących zmian i deregulacji po stronie podaży, co przysłuży się większej konkurencji oraz wpłynie na bardziej racjonalną konsumpcję świadczeń medycznych.

Przeprowadzona analiza pokazała, że znaczny wzrost kosztów i wydatków czy trudności z zakupem ubezpieczenia zdrowotnego wynikają z szeroko zakrojonego interwencjonizmu. Szczególnie istotny jest tutaj rynek ubezpieczeń zdrowotnych. Wiele rządowych interwencji, jeszcze przed ObamaCare sprawiło, że ubezpieczenie nie może należycie pełnić swojej funkcji. Ubezpieczyciele nie mają odpowiedniej swobody w procesie kalkulacji ryzyka. Innym negatywnym, skutkiem tego stanu rzeczy jest marginalizacja płatności bezpośrednich. Paradoksalnie może to utrudniać wprowadzeniem niezbędnych zmian, gdyż Amerykanie bezpośrednio ponoszą jedynie ułamek kosztów.

Tymczasem rząd federalny i rządy stanowe, na przestrzeni wielu dekad konsekwentnie wprowadzały kolejne regulacje mające rozwiązać te problemy. Nie doprowadziły one jednak do ich rozwiązania, ale pogłębienia. Może to także prowadzić do mylnych wniosków, że są one wynikiem działań procesów rynkowych i poprawa sytuacji wymaga podjęcia jeszcze bardziej zdecydowanych działań. W konsekwencji amerykański system podlega coraz większej liczbie regulacji, coraz więcej osób jest uzależnionych od rządowego wsparcia itd.

Swój wkład w ten niekorzystny proces miały także ostatnie poważniejsze zmiany w postaci ObamaCare. Doprowadziły one jedynie do wzrostu wysokości składek, płatności bezpośrednich (np. udział własny) czy wydatków publicznych. Do tego należy dodać głośnie wyjścia ubezpieczycieli, mniejszą liczbę dostawców czy ich ograniczone

sieci. Również liczba ubezpieczonych na *rynkach/giełdach* nie jest aż tak duża jak zakładano, a dodatkowo w ostatnich latach zaczęła ona spadać. Wszystkie te czynniki nie dowodzą poprawy dostępności do świadczeń medycznych a ich finalnym zwieńczeniem okazała się być *spirala przystępności*, która objęła cały kraj i nie dotyczyła pojedynczego przypadku tzn. określonego planu zdrowotnego.

Regulacje wprowadzone przez ObamaCare nie różniły się znacząco od tych z przeszłości. Nie mogły więc poprawić sytuacji. W istocie rząd ma ograniczone możliwości stosowania nowych rozwiązań, gdyż te ostatecznie sprowadzają się do jeszcze większej liczby interwencji. Kiedy poprzednie interwencje nie przynoszą spodziewanych rezultatów, proponowane są kolejne o jeszcze większym zakresie. Takie działania konsekwentnie *kierują* więc amerykański system ochrony zdrowia ku systemowi jednego płatnika. Instytucjonalne uwarunkowania sprawiają, że droga ta wiedzie przez dalsze osłabianie i regulowanie rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Między innymi dlatego proponowane jest rozszerzenie wsparcia finansowego (np. w postaci ulg czy redukcji wydatków bezpośrednich) na większą ilość osób ubezpieczonych na *rynkach/giełdach* czy wprowadzenie tzw. *opcji publicznych* mających być alternatywą dla ubezpieczeń zawieranych przez pracodawcę.

Poprawę sytuacji przyniosą jednak działania odwrotne polegające na deregulacji rynku ubezpieczeń zdrowotnych i innych obszarów amerykańskiego systemu, co doprowadzi także do rozwoju alternatywnych form finansowania dostępu do świadczeń medycznych i odciążenia ubezpieczycieli oraz ubezpieczonych.

Na koniec warto też wskazać potencjalne kierunki do dalszych badań w danym temacie. Jednym z nich może być kwestia sposobu w jaki można by przeprowadzić deregulację całego systemu, czyli jego urynkowienie. Zagadnienia te mogą obejmować poszczególne obszary jak np. rynek ubezpieczeń, rynek leków, szpitalnictwo itp. Drugi potencjalny temat to bliższe przyjrzenie się przyczynom dla których prywatne podmioty (np. ubezpieczyciele) decydują się współpracę z rządem oraz wpływie tych decyzji na ich dalsze funkcjonowanie. Przykład *rynków/giełd* pokazuje, że był to duży błąd ubezpieczycieli. Takich działań nie należy także utożsamiać z nieskrępowanymi procesami rynkowymi. Prywatne podmioty działające w obrębie coraz liczniejszych regulacji to nie wolny rynek – należy o tym pamiętać.

Bibliografia

1. Accad M., 2016, *An economic history of the American health care system-Part 1*, http://alertandoriented.com/an-economic-history-of-the-american-health-care-system-part-1/ (dostęp: 31.07.2019).
2. Accad M., 2017, *Healthcare in the Crosshairs*, „The Austrian”, nr 5, s. 15-16.
3. Aetna, 2018, *2018 Notice of Annual Meeting, 2018 Proxy Statement and 2017 Annual Report on Form 10-K*, http://www.annualreports.com/HostedData/AnnualReports/PDF/NYSE_AET_2017.pdf.
4. Aetna, brak daty, *2009 Aetna Annual Report, Financial Report to Shareholders*, http://www.annualreports.com/HostedData/AnnualReportArchive/a/NYSE_AET_2009.pdf (dostęp: 10.04.2020).
5. Akerlof G., 1970, *The market for lemons: qualitative uncertainty and the market mechanism*, „Quarterly Journal of Economics”, nr 84, s. 488-500.
6. Alltucker K., 2016, *Close call: How Pinal County could have been the only place in the U.S. with no 'Obamacare' choice*, https://eu.azcentral.com/story/money/business/health/2016/09/08/blue-cross-agrees-to-sell-health-plans-through-obamacare-in-pinal-county/89981732/ (dostęp: 26.08.2020).
7. Agrawal S., Brennan N., Budetti P., 2013, *The Sunshine Act – effects on physicians*, „New England Journal of Medicine”, nr 368, s. 254-257.
8. American College of Emergency Physicians, brak daty, *EMTALA Fact Sheet*, https://www.acep.org/life-as-a-physician/ethics--legal/emtala/emtala-fact-sheet/ (dostęp: 12.05.2020).
9. American Enterprise Institute, 2019, *AEI Political Report: The polls on the past and future of health care reform*, https://www.aei.org/wp-content/uploads/2019/03/Political-Report-March-2019.pdf (dostęp: 03.11.2020).
10. American Hospital Association, 2020, *Fast Facts on U.S. Hospitals, 2020*, https://www.aha.org/statistics/fast-facts-us-hospitals#footnote1 (dostęp: 30.04.2020).
11. American Society for Aesthetic Plastic Surgery, 2016, *Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics*, https://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-Stats2016.pdf (dostęp: 25.09.2019).
12. American Transparency, 2019, *Top 82 U.S. Non-Profit Hospitals. Quantifying Government Payments and Financial Assets*, American Transparency, USA.
13. AON, *Asia Healthcare Trends 2017/18. In Pursuit of Equitable, Affordable Healthcare*, 2018, http://www.aon.com/apac/study/2018/aon-asia-healthcare-trends.jsp (dostęp: 23.09.2018).
14. Appleby J., Gorman A., 2013, *Thousands Of Consumers Get Insurance Cancellation Notices Due To Health Law Changes*, https://khn.org/news/cancellation-notices-health-insurance/ (dostęp: 01.09.2020).
15. Arias E. i in., 2010, *United States Life Tables, 2005*, „National Vital Statistics Reports” 2010, nr 10, s. 1-60.

16. Armentano D., 2005, *A Critique of Neoclassical and Austrian Monopoly Theory*, https://mises.org/library/critique-neoclassical-and-austrian-monopoly-theory (dostęp: 24.08.2018).
17. Arnett J., Conko G., 2008, *FDA's Bad Medicine. How the Dispersed Knowledge Problem Affects Drug Safety Analysis*, https://cei.org/studies-point/fdas-bad-medicine (dostęp: 29.08.2019).
18. Arrow K. J., 1963, *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, „The American Economic Review", nr 5, s. 941-973.
19. Arrow K. J., 1971, *Essays in the Theory of Risk-Bearing*, Markham Publishing Company, USA.
20. Arrow K. J., 1979, *Eseje z teorii ryzyka*, PWN, Warszawa.
21. Association of American Medical Colleges, brak daty, *The American Doctor Shortage*, https://www.thedoctorshortage.com/pages/shortage/ (dostęp: 31.07.2019).
22. Association of American Medical Colleges, brak daty, *U.S. Medical School Applicants, Enrollment, and Graduates, 1924–25 to 2014–15*, https://www.aamcdiversityfactsandfigures2016.org/report-section/applicants-enrollment/# (dostęp: 31.07.2019).
23. Atlas S. W., 2010, *American health care: ignored facts and disregarded options*, w: Atlas S. W. (red.), *Reforming America's Health Care System: The Flawed Vision of ObamaCare*, Hoover Institution Press Publication, USA.
24. Atlas S. W., 2011, *In excellent health. Setting the record straight on America's health care*, Hoover Institution Press, USA.
25. Atlas S. W., 2011, *Infant Mortality: A Deceptive Statistic*, https://www.nationalreview.com/2011/09/infant-mortality-deceptive-statistic-scott-w-atlas/ (dostęp: 11.07.2019).
26. Atlas S. W., 2011, *The Worst Study Ever? Exposing the scandalous methods behind an extraordinarily influential 'World Heath Report'*, https://www.commentarymagazine.com/articles/scott-atlas/the-worst-study-ever/ (dostęp: 30.06.2020).
27. Avery K. i in., 2015, *Health Plan Choice And Premiums In The 2016 Health Insurance Marketplace*, https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/135461/2016%20Marketplace%20Premium%20Landscape%20Issue%20Brief%2010-30-15%20FINAL.pdf (dostęp: 12.08.2020).
28. BAG, 2017, *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2015*, https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html (dostęp: 29.07.2017).
29. Ballentine C., 1981, *Taste of Raspberries, Taste of Death; The 1937 Elixir Sulfanilamide Incident*, „FDA Consumer magazine" 1981, nr 1, https://www.fda.gov/media/110479/download (dostęp: 21.08.2019).
30. Barnett J. C., Berchick E. R., 2017, *Health insurance coverage in the United States: 2016*, Census Bureau, Waszyngton.
31. Bartusiuk E., 2014, *Badania kliniczne – blaski i cienie*, https://biotechnologia.pl/biotechnologia/badania-kliniczne-blaski-i-cienie,13866 (dostęp: 21.08.2019).

32. Bartz D., 2017, *U.S. blocks health insurer Aetna's $34 billion Humana acquisition*, https://www.reuters.com/article/us-humana-aetna-antitrust-idUSKBN1572BF (dostęp: 25.08.2020).
33. Bast J., Rue R., Wesbury S., 1993, *Why We Spend Too Much on Health Care*, University Press Of America, USA.
34. Baumol W. J., 2012, *The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*, Yale University Press, New Haven, Londyn.
35. Belfosky N., 2014, *Jak dawniej leczono, czyli plomby z mchu i inne historie*, Wydawnictwo RM, Warszawa.
36. Belk D., 2016, *The Skyrocketing Cost of Brand Name Prescription Drugs*, https://www.huffpost.com/entry/the-skyrocketing-cost-of-_b_7492476?guccounter=1 (dostęp: 09.09.2020).
37. Berdine G., 2011, *The economics of US healthcare*, https://mises.org/library/economics-us-healthcare (dostęp: 22.06.2018).
38. Berdine G., 2016, *Uncertainty and the welfare economics of medical care: an Austrian rebuttal: Part 1*, „The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles", nr 16, s. 57-61.
39. Berdine G., 2017, *Uncertainty and the welfare economics of medical care: an Austrian rebuttal: Part 2*, „The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles", nr 17, s. 63-67.
40. Berdine G., 2017, *Uncertainty and the welfare economics of medical care: an Austrian rebuttal-part 3*, „The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles", nr 19, s. 25-29.
41. Berdine G., Geloso V., 2018, *Cuban infant mortality and longevity: health care or repression?*, "Health Policy and Planning", nr 33, s. 755-757.
42. Berdine G., 2018, *The Case Against Pharma Patent Monopolies*, https://mises.org/wire/case-against-pharma-patent-monopolies?fbclid=IwAR0RsNze4SuG2MaEIZZOfEjJSG9FzCKlFEcoahrntVfzuRiHazE_OGFOs7c (dostęp 21.08.2019).
43. Berniesanders.com, brak daty, *Health Care as a Human Right - Medicare For All*, https://berniesanders.com/issues/medicare-for-all/ (dostęp: 27.10.2020).
44. P. Białynicki-Biruła, 2007, *Reforma służby zdrowia w Niemczech – jedynie modyfikacja czy zmierzch systemu kas chorych?*, "Biuletyn Ekonomiczny e-GAP", nr 1, s. 1-4. https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/3713/Reforma_s%20u%20by_zdrowia_w_Niemczech.pdf?sequence=1 (dostęp: 01.08.2017).
45. Biuro Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu, 2010, *Finansowanie niemieckiego systemu opieki zdrowotnej*, http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/106/plik/ot-594.pdf (dostęp: 01.08.2017).
46. Blase B., 2016, *Obamacare's Maze Turned Millions into Lawbreakers*, https://fee.org/articles/obamacares-maze-turned-millions-into-lawbreakers/ (dostęp: 14.08.2020).
47. Blase B., 2017, *Learning From CBO's History Of Incorrect ObamaCare Projections*, https://www.forbes.com/sites/theapothecary/2017/01/02/learning-from-cbos-

history-of-incorrect-obamacare-projections/#2e2012ca46a7 (dostęp: 24.09.2020).
48. Block W., 1983, *Public Goods and Externalities: The Case of Roads*, „The Journal of Libertarian Studies", nr 1, s. 1-34.
49. Blue Cross Blue Shield Association, 2003, *The Uninsured in America*, Blue Cross Blue Shield Association, Chicago.
50. Boldrin M., Levine D. K., 2008, *Against intellectual monopoly*, Cambridge University Press, USA.
51. Book R. A., 2009, *Medicare Administrative Costs Are Higher, Not Lower, Than for Private Insurance*, https://www.heritage.org/health-care-reform/report/medicare-administrative-costs-are-higher-not-lower-private-insurance (dostęp: 24.09.2019).
52. Bond M. J., Herman A. A., 2016, *Lagging Life Expectancy for Black Men: A Public Health Imperative*, „American Journal of Public Health", nr 106, s. 1167-1169.
53. Boyapati V., 2010, *What's Really Wrong with the Healthcare Industry*, https://mises.org/library/whats-really-wrong-healthcare-industry (dostęp: 31.07.2019).
54. Bradford W. D., Turner J. L., Williams J. W., 2013, *Off-Label Use of Pharmaceuticals: Trends and Drivers*, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2230976 (dostęp: 29.08.2019).
55. Brook R. H. i in., 2006, *The Health Insurance Experiment: A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate*, RAND Corporation, Santa Monica.
56. Busse R., Blümel M., 2014, *Germany: health system review*, "Health Systems in Transition", nr 16.
57. Bylund P., 2014, *The Market is Taking Over Sweden's Health Care*, https://mises.org/library/market-taking-over-sweden's-health-care (dostęp: 28.08.2018).
58. Cannon M. F., 2017, *How ObamaCare Punishes the Sick*, https://www.wsj.com/articles/how-obamacare-punishes-the-sick-1488327340 (dostęp: 13.08.2020).
59. Cantlupe J., 2017, *The rise (and rise) of the healthcare administrator*, https://www.athenahealth.com/insight/expert-forum-rise-and-rise-healthcare-administrator (dostęp: 24.09.2019).
60. Caplan B., 2017, *Mit racjonalnego wyborcy*, Fijorr Publishing, Wrocław.
61. Carpenter E., Sloan C., 2018, *Health Plans with More Restrictive Provider Networks Continue to Dominate the Exchange Market*, https://avalere.com/press-releases/health-plans-with-more-restrictive-provider-networks-continue-to-dominate-the-exchange-market (13.08.2020).
62. Cass O., 2017, *Will Repealing Obamacare Kill People?*, https://media4.manhattan-institute.org/sites/default/files/IB-OC-0217.pdf (dostęp: 28.09.2020).
63. Centers for Disease Control and Prevention, brak daty, *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)*, https://www.cdc.gov/phlp/publications/topic/hipaa.html (dostęp: 26.03.2020).

64. Center on Health Insurance Reforms, brak daty, *How Premium Tax Credits And Cost-Sharing Reductions Work*, https://navigatorguide.georgetown.edu/how-do-premium-tax-credits-and-cost-sharing-reductions-work (dostęp: 17.07.2020).
65. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), 2013, *Affordable Care Act "Sunshine" Rule Increases Transparency in Health Care*, https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/affordable-care-act-sunshine-rule-increases-transparency-health-care (dostęp: 29.07.2020).
66. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), 2016, *Summary Report in Transitional Reinsurance Payments And Permanent Risk Adjustment Transfers For The 2015 Benefit Year*, https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Premium-Stabilization-Programs/Downloads/June-30-2016-RA-and-RI-Summary-Report-5CR-063016.pdf (dostęp: 24.08.2020).
67. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), 2017, *Health Insurance Marketplaces 2017 Open Enrollment Period. Final Enrollment Report: November 1, 2016 – January 31, 2017*, https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/health-insurance-marketplaces-2017-open-enrollment-period-final-enrollment-report-november-1-2016 (dostęp: 21.08.2020).
68. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), 2018, *Health Insurance Exchanges 2018 Open Enrollment Period Final Report*, https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/health-insurance-exchanges-2018-open-enrollment-period-final-report#_ftn8 (dostęp: 21.08.2020).
69. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), 2019, *Insurance Standards Bulletin Series – INFORMATION – Extension of Limited Non-Enforcement Policy through 2020*, https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Regulations-and-Guidance/Downloads/Limited-Non-Enforcement-Policy-Extension-Through-CY2020.pdf (dostęp: 01.09.2020).
70. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), 2019, *Plan Year 2020 Qualified Health Plan Choice and Premiums in HealthCare.gov States*, https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Data-Resources/Downloads/2020QHPPremiumsChoiceReport.pdf (dostęp: 12.08.2020).
71. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), 2020, *Health Insurance Exchanges 2020 Open Enrollment Report*, https://www.cms.gov/files/document/4120-health-insurance-exchanges-2020-open-enrollment-report-final.pdf (dostęp: 14.08.2020).
72. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), brak daty, *Final HHS Notice of Benefit and Payment Parameters for 2020 Fact Sheet*, https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Fact-Sheets-and-FAQs/Downloads/CMS-9926-F-Fact-Sheet.pdf (dostęp: 18.08.2020).
73. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), brak daty, *Medicare Enrollment - National Trends 1966-2013*, https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/MedicareEnrpts/Downloads/SMI2013.pdf (dostęp: 05.07.2019).
74. Centers for Medicare and Medicaid Services, brak daty, *National Health Expenditures by type of service and source of funds, CY 1960-2018*, https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-

and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical (dostęp: 10.11.2020).
75. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), brak daty, *Young Adults and the Affordable Care Act: Protecting Young Adults and Eliminating Burdens on Families and Businesses*, https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/adult_child_fact_sheet (dostęp: 27.07.2020).
76. Charities Aid Foundation, 2019, *The CAF World Giving Index 10th Edition*, https://www.cafonline.org/docs/default-source/about-us-publications/caf_wgi_10th_edition_report_2712a_web_101019.pdf (dostęp: 10.11.2019).
77. Chavez L., 2001, *Affirmative action doctors can kill you*, http://www.jewishworldreview.com/cols/chavez062101.asp (dostęp: 31.07.2019).
78. Chu M. C., Rhoades J. A., 2009, *The Uninsured in America, 1996-2008: Estimates for the U.S. Civilian Noninstitutionalized Population under Age 65*, https://www.meps.ahrq.gov/data_files/publications/st259/stat259.pdf (dostęp: 19.06.2020).
79. Cigna, 2019, *Employer Mandate. Fact Sheet*, https://www.cigna.com/assets/docs/about-cigna/informed-on-reform/employer-mandate-fact-sheet.pdf (dostęp: 23.07.2020).
80. Cigna, 2019, *Three ACA Taxes Repealed and 5th Circuit Decision in Two Major Events This Week*, https://www.cigna.com/employers-brokers/insights/informed-on-reform/news/three-aca-taxes-repealed-and-fifth-circuit-decision-this-week (dostęp: 02.09.2020).
81. Cigna, brak daty, *Cadillac Tax*, https://www.cigna.com/employers-brokers/insights/informed-on-reform/cadillac-tax (dostęp: 02.09.2020).
82. Claxton G. i in., 2018, *Increases in cost-sharing payments continue to outpace wage growth*, https://www.healthsystemtracker.org/brief/increases-in-cost-sharing-payments-have-far-outpaced-wage-growth/ (dostęp: 30.03.2020).
83. Clemans-Cope L., Anderson N., 2015, *QuickTake: Health Insurance Policy Cancellations Were Uncommon in 2014*, http://hrms.urban.org/quicktakes/Health-Insurance-Policy-Cancellations-Were-Uncommon-in-2014.html (dostęp: 01.09.2020).
84. Collins S. R., Glied S. A., Jackson A., 2018, *The Potential Implications of Work Requirements for the Insurance Coverage of Medicaid Beneficiaries: The Case of Kentucky*, https://www.commonwealthfund.org/publications/2018/oct/kentucky-medicaid-work-requirements (dostęp: 25.09.2020).
85. Collins S. R., Bhupal H. K., Doty M. M., 2019, *Health Insurance Coverage Eight Years After the ACA*, https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2019/feb/health-insurance-coverage-eight-years-after-aca (dostęp: 25.09.2020).
86. Committee for a Responsible Federal Budget, 2020, *Choices for Financing Medicare for All*, http://www.crfb.org/papers/choices-financing-medicare-all (dostęp: 27.10.2020).

87. Commonwealth Fund, 2013, *The Commonwealth Fund 2013 International Health Policy Survey in Eleven Countries*, https://www.commonwealthfund.org/chart/2013/wait-times-specialist-appointment (dostęp: 13.07.2019).
88. Congressional Budget Office (CBO), 1994, *The Tax Treatment of Employemnt-Based Health Insurance*, Congressional Budget Office, USA.
89. Congressional Budget Office (CBO), 2012, *Estimates for the Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act Updated for the Recent Supreme Court Decision*, https://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/43472-07-24-2012-CoverageEstimates.pdf (dostęp: 19.08.2020).
90. Congressional Budget Office (CBO), 2014, *The Budget and Economic Outlook: 2014 to 2024*, https://www.cbo.gov/sites/default/files/113th-congress-2013-2014/reports/45010-outlook2014feb0.pdf (dostęp: 19.08.2020).
91. Congressional Budget Office (CBO), 2015, *Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act— CBO's March 2015 Baseline*, https://www.cbo.gov/sites/default/files/recurringdata/51298-2015-01-aca.pdf (dostęp: 190.08.2020).
92. Congressional Budget Office (CBO), 2016, *Federal Subsidies for Health Insurance Coverage for People Under Age 65: Tables From CBO's March 2016 Baseline*, https://www.cbo.gov/sites/default/files/114th-congress-2015-2016/reports/51385-healthinsurancebaselineonecol.pdf (dostęp: 19.08.2020).
93. Congressional Budget Office (CBO), 2019, *The 2019 Long-Term Budget Outlook*, https://www.cbo.gov/system/files/2019-06/55331-LTBO-2.pdf (dostęp: 26.09.2019).
94. Congerssional Budget Office (CBO), 2019, *The Federal Budget in 2018: An Infographic*, https://www.cbo.gov/publication/55342 (dostęp: 02.04.2020).
95. Congressional Budget Office (CBO), 2019, *Updated Budget Projections: 2019 to 2029*, https://www.cbo.gov/system/files/2019-05/55151-budget_update_0.pdf (dostęp: 26.09.2019).
96. Concord Working Group, 2008, *Cancer Survival in Five Continents: A Worldwide Population-based Study*, „Lancet Oncology", nr 8, s. 730–756.
97. Conko G., Madden B. J., 2013, *Free To Choose Medicine*, https://www.heartland.org/_template-assets/documents/publications/20140130_ftcm.pdf (dostęp: 23.08.2019).
98. Consumers for Quality Care, 2018, *Consumers Lose When Hospitals And Insurers Agree To Secret Contracts*, https://consumers4qualitycare.org/consumers-lose-when-hospitals-and-insurers-agree-to-secret-contracts/ (dostęp: 09.04.2020).
99. Cox C. i in., 2016, *2017 Premium Changes and Insurer Participation in the Affordable Care Act's Health Insurance Marketplaces*, https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/2017-premium-changes-and-insurer-participation-in-the-affordable-care-acts-health-insurance-marketplaces/ (dostęp: 13.08.2020).
100. Cox C. i in., 2016, *Explaining Health Care Reform: Risk Adjustment, Reinsurance, and Risk Corridors*, https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/explaining-health-care-reform-risk-adjustment-reinsurance-and-risk-corridors/ (dostęp: 20.07.2020).

101. Cubansky J., Neuman T., Freed M., 2019, *The Facts on Medicare Spending and Financing*, https://www.kff.org/medicare/issue-brief/the-facts-on-medicare-spending-and-financing/ (dostęp: 19.09.2019).
102. Custer B., 2016, *Sadly, One Does Not Simply Repeal ObamaCare*, https://fee.org/articles/sadly-one-does-not-simply-repeal-obamacare/?utm_source=zapier&utm_medium=facebook (dostęp: 15.10.2020).
103. Cybińska J., 2014, *Rola medycznych kont oszczędnościowych w finansowaniu opieki zdrowotnej – doświadczenia singapurskie i amerykańskie*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 2, s. 141-156.
104. Cylus J. i in., 2015, *United Kingdom: Health system review*, "Health Systems in Transition", nr 17.
105. Daemmrich A., 2011, *U.S. Healthcare Reform and the Pharmaceutical Industry*, Harvard Business School, USA.
106. Dale W., 1994, *Free Medicine*, w: Horbenger J. G., Ebeling R. M. (red.), *The Dangers of Socialized Medicine*, The Future of Freedom Foundation, USA.
107. Dalen J. E., Alpert J. S., 2019, *Medical Tourists: Incoming and Outgoing*, „The American Journal of Medicine", nr. 132, s. 9-10.
108. Daley C., Gubb J., 2007, *Healthcare systems: Switzerland*, CVITAS Institute for the Study of Civil Society, Londyn.
109. Decker S. L., 2012, *In 2011 Nearly One-Third Of Physicians Said They Would Not Accept New Medicaid Patients, But Rising Fees May Help*, https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2012.0294 (dostęp: 28.09.2019).
110. DeNavas-Walt C., Proctor B. D., Smith J. C., 2007, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2006*, U.S. Census Bureau, Waszyngton.
111. DeNavas-Walt C., Proctor B. D., Smith J. C., 2008, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007*, U.S. Census Bureau, Waszyngton.
112. DeNavas-Walt C., Proctor B. D., Smith J. C., 2013, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2012*, U.S. Census Bureau, Waszyngton.
113. DeNavas-Walt C., Proctor B. D., 2014, *Income and Poverty in the United States: 2013*, U.S. Census Bureau, Waszyngton.
114. Department of Health and Human Services, 2014-2020, *Health Insurance Marketplace: Summary Enrollment Data for the Initial Annual Open Enrollment Period*, USA.
115. Department of Health and Human Services, 2017, *Health Plan Choice and Premiums in the 2018 Federal Health Insurance Exchange*, https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/258456/Landscape_Master2018_1.pdf (dostęp: 12.08.2020).
116. Department of Health and Human Services, 2017, *Trump Administration Takes Action to Abide by the Law and Constitution, Discontinue CSR Payments*, https://www.hhs.gov/about/news/2017/10/12/trump-administration-takes-action-abide-law-constitution-discontinue-csr-payments.html (dostęp: 18.08.2020).
117. Department of Statistics Singapore, 2017, *Population Trends, 2017*, https://www.singstat.gov.sg/-/media/files/publications/population/population2017.pdf (dostęp: 22.09.2018).

118. Department Of The Treasury, 2018, *Tax Expenditures: FY2020*, https://home.treasury.gov/system/files/131/Tax-Expenditures-FY2020.pdf (dostęp: 02.04.2020).
119. Department Of The Treasury, 2020, *Tax Expenditures: FY2021 (Released February 2020)*, https://home.treasury.gov/system/files/131/Tax-Expenditures-2021.pdf (dostęp: 02.04.2020).
120. Department Of The Treasury, brak daty, *Tax Expenditures*, https://home.treasury.gov/policy-issues/tax-policy/tax-expenditures (dostęp: 02.04.2020).
121. De Pietro C. i in., 2015, *Switzerland: Health system review*, "Health Systems in Transition", nr 17.
122. DeSimone N., 2018, *Why You're Paying More (and More) For Health Care*, https://fee.org/articles/why-you-re-paying-more-and-more-for-health-care/?utm_source=zapier&utm (dostęp: 09.04.2020).
123. DiLorenzo T., 1985, *The Origins of Antitrust: An Interest-Group Perspective*, „International Review of Law and Economics", nr 1, s. 73–90.
124. DiLorenzo T., 1991, *The Antitrust Economists' Paradox*, „Austrian Economics Newsletter", brak numeru, s. 1-6.
125. DiLorenzo T., 1996, *The Myth of Natural Monopoly*, „The Review of Austrian Economics", nr 2, s. 43-58.
126. DiLorenzo T., 2009, *American healthcare fascialism*, https://mises.org/library/american-healthcare-fascialism (dostęp: 04.08.2017).
127. DiLorenzo T., 2010, *Jak kapitalizm zbudował Amerykę*, Wydawnictwo PROHIBITA, Warszawa.
128. DiLorenzo T., 2011, *A note on the canard of "asymmetric information" as a source of market failure*, "Quarterly Journal of Austrian Economics", nr 2, s. 249-255.
129. Doherty K., Jenkins J. A., 2009, *Examining a Failed Moment: National Health Care, the AMA, and the U.S. Congress, 1948-50*; opracowanie przygotowane na prezentację podczas: „2009 Annual Meeting of the Southern Political Science Association", Nowy Orlean.
130. Donohue J. M., Huskamp H. A., 2018, *Doughnuts and Discounts – Changes to Medicare Part D under the Bipartisan Budget Act of 2018*, „The New England Journal of Medicine" 2018, nr 21, s. 1957-1960.
131. DPC Frontier, brak daty, *2019 DPC Laws + Pilot*, https://www.dpcfrontier.com/states/ (dostęp: 13.05.2020).
132. Drobnic Holand A., 2009, *Number of those without health insurance about 46 million*, https://www.politifact.com/factchecks/2009/aug/18/barack-obama/number-those-without-health-insurance-about-46-mil/ (dostęp: 18.06.2020).
133. Drug Discovery Trends Editor, 2015, *U.S. Pharmaceutical Market Value Will Approach $550 Billion by 2020: GlobalData*, https://www.drugdiscoverytrends.com/u-s-pharmaceutical-market-value-will-approach-550-billion-by-2020-globaldata/ (dostęp: 08.09.2020).
134. Druś M., 2014, *Szwajcarzy nie chcą publicznego ubezpieczenia zdrowotnego*, https://www.pb.pl/szwajcarzy-nie-chca-publicznego-ubezpieczenia-zdrowotnego-769592 (dostęp: 27.07.2017).

135. Dziełak D. i in., 2010, *Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. i rozkładu indywidualnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem tych świadczeń*, Centrala NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Warszawa.
136. Eastman S., 2019, *The "Cadillac" Tax and the Income Tax Exclusion for Employer-Sponsored Insurance*, https://taxfoundation.org/cadillac-tax-employer-sponsored-health-insurance/ (dostęp: 22.07.2020).
137. Eaton C., 1995, *Rising Health-Care Costs: Who's the Villain*, https://fee.org/articles/rising-health-care-costs-whos-the-villain/ (dostęp: 05.07.2019).
138. Ebeling R. M., 1994, *National Health Insurance and the Welfare State*, w: Horbenger J. G., Ebeling R. M. (red.), *The Dangers of Socialized Medicine*, The Future of Freedom Foundation, USA.
139. ElationHealth, brak daty, *What is Direct Care?*, https://www.elationhealth.com/what-is-direct-care/ (dostęp: 13.05.2020).
140. Emery G., Herbert Emery J. C., 1999, *A Young Man's Benefit. The Independent Order of Odd Fellows and Sickness Insurance in the United States and Canada, 1860-1929*, McGill-Queen's University Press, Kanada.
141. Faulkner S., 2019, *Windgap Medical raises $12m for epinephrine auto-injector*, https://www.drugdeliverybusiness.com/windgap-medical-raises-12m-for-epinephrine-auto-injector/ (dostęp: 28.08.2019).
142. FDA, 2018, *FDA Fiscal Year 2020 Justification of Estimates for Appropriations Committees*, https://www.fda.gov/about-fda/reports/budgets (dostęp: 29.08.2019).
143. FDA, brak daty, *The Drug Development and Approval Process*, https://www.fdareview.org/issues/the-drug-development-and-approval-process/ (dostęp: 26.08.2019).
144. Fehr R., Cox C., Levitt L., 2018, *Insurer Participation on ACA Marketplaces, 2014 - 2019*, http://files.kff.org/attachment/Issue-Brief-Insurer-Participation-on-ACA-Marketplaces-2014-2019 (dostęp: 26.08.2020).
145. Fehr R., Kamal R., Cox C., 2019, *Insurer Participation on ACA Marketplaces, 2014-2020*, https://www.kff.org/private-insurance/issue-brief/insurer-participation-on-aca-marketplaces-2014-2020/?fbclid=IwAR2vYZrcKrmvln594bOVZD4gfiGfBXA-W4sdA-WLKOFQeIIpL_OBrSqfMIs (dostęp: 26.08.2020).
146. Ferguson N., 2010, *Potęga pieniądza*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
147. Field G., 1957, *Doctor and Patient in Soviet Russia*, Harvard University Press, Cambridge.
148. Figura J., 2016, *System ochrony zdrowia w Szwajcarii – doświadczenia i rekomendacje dla Polski*, "Polityka i Społeczeństwo", nr 3, s. 144-160.
149. Finskelstien A., 2014, *Moral Hazard In Health Insurance*, Columbia University Press, Nowy Jork [Ebook].
150. Folland S., Goodman A. C., Stano M., 2013, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa.
151. Forbes, brak daty, *The 100 Largest U.S. Charities*, https://www.forbes.com/top-charities/list/#tab:rank (dostęp: 27.09.2019).

152. Fortune, brak daty, *Fortune 500 (2007)*, https://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune500/2007/industries/Health_Care_Insurance_Managed_Care/1.html (dostęp: 14.04.2020).
153. Fortune, brak daty, *Fortune 500 (2019)*, https://fortune.com/fortune500/2019/search/?industry=Pharmaceuticals (dostęp: 27.08.2019).
154. Fortune, brak daty, *Fortune 500 (2019)*, https://fortune.com/fortune500/2019/search/?industry=Health%20Care%3A%20Insurance%20and%20Managed%20Care (dostęp: 14.04.2020).
155. Foss N. J., Klein P. G., 2017, *Organizowanie działania przedsiębiorczego. Nowe spojrzenie na firmę*, Instytut Ludwiga von Misesa, Wrocław.
156. Fox B., Brod M., 2019, *Underinsured Rate Rose From 2014- 2018, With Greatest Growth Among People in Employer Health Plans*, https://www.commonwealthfund.org/press-release/2019/underinsured-rate-rose-2014-2018-greatest-growth-among-people-employer-health (dostęp: 18.08.2020).
157. Frean M., Gruber J., Sommers B. D., 2017, *Premium subsidies, the mandate, and Medicaid expansion: Coverage effects of the Affordable Care Act*, „Journal of Health Economics” 2017, nr 53, s. 72-86.
158. FRED, brak daty, *Consumer Price Index for All Urban Consumers: All Items in U.S. City Average (CPIAUCSL)*, brak daty, https://fred.stlouisfed.org/series/CPIAUCSL#0 (dostęp: 12.08.2020).
159. FRED, brak daty, *Consumer Price Index for All Urban Consumers: Medical Care in U.S. City Average (CPIMEDSL)*, https://fred.stlouisfed.org/series/CPIMEDSL#0 (dostęp: 12.08.2020).
160. FRED/ Economic Data (Federal Reserve Bank of St. Louis), brak daty, *FRED Graph/ Consumer Price Index for All Urban Consumers: Medical Care Services in U.S. City Average*, https://fred.stlouisfed.org/series/CUSR0000SAM2#0 (dostęp: 05.07.2019).
161. Frech H. E., Smith M. P., 2015, *Anatomy of a Slow-Motion Health Insurance Death Spiral*, „North American Actuarial Journal”, nr 1, s. 60–72.
162. Friedman M., Friedman R. D., 2006, *Wolny wybór*, Wydawnictwo Aspekt, Sosnowiec.
163. Friedman M., 2008, *Kapitalizm i wolność*, Wydawnictwo Helion, Gliwice.
164. Fronstin P., 2019, *Will the Cadillac Tax Generate Revenue?*, https://www.ebri.org/content/will-the-cadillac-tax-generate-revenue (dostęp: 23.07.2020).
165. Fuller E. W., 2018, *Socialized Medicine: An Accounting Perspective*, https://mises.org/wire/socialized-medicine-accounting-perspective (dostęp: 13.09.2018).
166. Gabel J. i in., 2003, *Health Benefits In 2003: Premiums Reach Thirteen-Year High As Employers Adopt New Forms Of Cost Sharing*, „Health Affairs”, nr 5, s. 118-119.
167. Galewitz P., 2016, *Seven Remaining Obamacare Co-Ops Prepare Survival Strategies*, https://khn.org/news/seven-remaining-obamacare-co-ops-prepare-survival-strategies/ (dostęp: 25.08.2020).

168. Gallagher Healthcare, 2017, *How Much Does Medical Malpractice Insurance Cost?*, https://www.gallaghermalpractice.com/blog/post/how-much-does-medical-malpractice-insurance-cost (dostęp: 08.05.2020).
169. Galles G., 2018, *Medicare for All: Administrative Costs Are Much Higher than You Think*, https://mises.org/wire/medicare-all-administrative-costs-are-much-higher-you-think (dostęp: 24.09.2019).
170. Galles G., 2018, *The Legal Gymnastics Behind Obamacare*, https://mises.org/wire/legal-gymnastics-behind-obamacare (dostęp: 14.10.2020).
171. Galles G., 2020, *Stop Hating on High-Deductible Health Plans*, https://mises.org/wire/stop-hating-high-deductible-health-plans?fbclid=IwAR2NFwYOMCBkSqP2wPUtGOJGhrIR1n7x17lH4dAW55DWUt-A8BokU6UcPaE (dostęp: 01.04.2020).
172. Garfield R., Orgera K., Damico A., 2020, *The Coverage Gap: Uninsured Poor Adults in States that Do Not Expand Medicaid*, https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/the-coverage-gap-uninsured-poor-adults-in-states-that-do-not-expand-medicaid/ (dostęp: 25.09.2020).
173. Gazeta Ubezpieczeniowa, 2015, *Rynek ubezpieczeń: Ustawa pomogłaby polisom zdrowotnym*, http://gu.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=56543:rynek-ubezpiecze-ustawa-pomogaby-polisom-zdrowotnym&catid=107:rynek-ubezpiecze&Itemid=106%20 (dostęp: 26.09.2018).
174. Geruso M., Layton T., Prinz D., 2019, *Screening in Contract Design: Evidence from the ACA Health Insurance Exchanges*, „American Economic Journal: Economic Policy”, nr 2, s. 64-107.
175. Getzen T. E., 2014, *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa.
176. Gibson W., 2018, *Real health insurance is a crime*, w: *FEE guide's to healthcare. Answers to the health care conundrum*, Foundation for Economic Education, https://fee.org/resources/fee-s-essential-guide-to-health-care/ (dostęp: 25.03.2020).
177. Giving USA, 2018, *Giving USA 2018: Americans Gave $410.02 Billion to Charity in 2017, Crossing the $400 Billion Mark for the First Time*, https://givingusa.org/giving-usa-2018-americans-gave-410-02-billion-to-charity-in-2017-crossing-the-400-billion-mark-for-the-first-time/ (dostęp: 27.09.2019).
178. Glassman J. K., 2020, *Drug Price Controls Endanger Seniors*, https://www.nationalreview.com/2020/10/drug-price-controls-endanger-seniors/ (dostęp: 20.10.2020).
179. Goldberg S. E., Fragala M. S., Wohlgemuth J. G., 2019, *Self-Insured Employer Health Benefits Strategy Established a Negative Cost Trend While Improving Performance*, „Population Health Management”, nr 6, s. 547-554.
180. Goodman J. C., Musgrave G. L., 1992, *Patient power. Solving America's health care crisis*, Cato Institute, Waszyngton.
181. Goodman J. C., Musgrave G. L., Herrick D. M., 2008, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, Fijorr Publishing, Warszawa.

182. Goodman J. C., 2011, *How Many Melanoma Patients Did the FDA Kill?*, https://www.healthworkscollective.com/how-many-melanoma-patients-did-fda-kill./ (dostęp: 26.08.2019).
183. Goodman J. C., 2015, *Six Problems With The ACA That Aren't Going Away*, https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20150625.048781/full/ (dostęp: 29.09.2020).
184. Goodman J. C., 2018*, Why Is Obamacare More Popular Than The GOP Tax Cuts?*, https://www.forbes.com/sites/johngoodman/2018/08/27/why-is-obamacare-more-popular-than-the-gop-tax-cuts/#5b6555d63bbb (dostęp: 22.10.2020).
185. Goodnough A. i in., 2020, *Obamacare Turns 10. Here's a Look at What Works and Doesn't*, https://www.nytimes.com/2020/03/23/health/obamacare-aca-coverage-cost-history.html (dostęp: 18.08.2020).
186. Gorajek M., 2013, *Rynek prywatnych usług medycznych w Polsce i na świecie*, w: Guzel Z., Fal D. M., Lipka A. (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa. Underwritinig. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne*, Poltext, Warszawa.
187. Gore T. B., 2013, *A forgotten landmark medical study from 1932 by the Committee on the Cost of Medical Care*, „Proceedings (Baylor University. Medical Center)", nr 26, s. 142-143.
188. Gottlieb A., 2016, *The steadying state of Medicaid in the United States*, PwC, USA.
189. Gottlieb S., 2010, *Medical innovation in peril*, w: Atlas S. W. (red.), *Reforming America's Health Care System: The Flawed Vision of ObamaCare*, Hoover Institution Press Publication Publication, USA.
190. Grabowski H., Vernon J. M., 2000, *Effective patent life in pharmaceuticals*, „International Journal of Technology Management", nr 1/2, s. 98-120.
191. Grabowski H. i in., 2017, *Pharmaceutical Patent Challenges: Company Strategies and Litigation Outcomes*, „American Journal of Health Economics", nr 1, s. 33-59.
192. Greenberg S., 2015, *Five Years Later: ACA's Branded Prescription Drug Fee May Have Contributed to Rising Drug Prices*, https://taxfoundation.org/five-years-later-aca-s-branded-prescription-drug-fee-may-have-contributed-rising-drug-prices/ (dostęp: 09.09.2020).
193. Grignon M. i in., 2018, *Moral Hazard in Health Insurance*, "Oeconomia. Contributions to the History of Health Economics", nr 3, s. 367-405.
194. Guadrado J. R., 2016, *Medical Liability Claim Frequency Among U.S. Physicians*, American Medicine Association, USA.
195. Guadrado J. R., 2019, *Medical Professional Liability Insurance Premiums: An Overview of the Market from 2008 to 2017*, American Medicine Association, USA.
196. Guzel Z., 2013, *Organizacja i uczestnicy procesu ryzyka*, w: Guzel Z., Fal D. M., Lipka A. (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa. Underwritinig. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne*, Poltext, Warszawa.
197. Guzel Z., 2013, *Ryzyko medyczne*, w: Guzel Z., Fal D. M., Lipka A. (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa Underwritinig. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne*, Poltext, Warszawa.
198. Gwartney J., Lawson R., Hall J., 2016, *Economic Freedom of the World: 2016 Annual Report*, Fraser Institute, brak miejsca wydania.
199. Hal L. K., 2019, *The Medicalization of Birth and Death*, John Hopkins University Press, USA.

200. Hamowy R., 1979, *The Early Development of Medical Licensing Laws in the United States, 1875-1900*, „The Journal of Libertarian Studies”, nr 3, s. 73-119.
201. Hamowy R., 2000, *The Genesis and Development of Medicare*, w: Feldman R. (red.), American Health Care, Independent Institute, USA.
202. Hardin G., 1968, *The Tragedy of the Commons*, „Science”, nr. 3859, s. 1243-1248.
203. Harvard Business School, 2016, *The Failed Launch Of www.HealthCare.gov*, https://digital.hbs.edu/platform-rctom/submission/the-failed-launch-of-www-healthcare-gov/# (dostęp: 20.08.2020).
204. Haseltine W. A., 2013, *Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story*, Brookings Institution Press, Waszyngton, DC.
205. Hawkins C. C., Hwang A., 2018, *Cutting Employee Hours to Avoid ACA Requirements Costs Employer $7.4 Million*, https://www.dwt.com/blogs/employment-labor-and-benefits/2018/12/cutting-employee-hours-to-avoid-aca-requirements-c (dostęp: 03.09.2020).
206. Hazlitt H., 2012, *Ekonomia w jednej lekcji*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa.
207. Hayek F. A., 1998, *Wykorzystanie wiedzy w społeczeństwie*, w: Hayek F. A., *Indywidualizm a porządek ekonomiczny*, ZNAK, Kraków.
208. Hayek F. A., 2006, *Konstytucja wolności*, PWN, Warszawa.
209. Hayes A., 2019, *Loss Ratio*, https://www.investopedia.com/terms/l/loss-ratio.asp (dostęp: 14.04.2020); A. Hayes, Combined Ratio Definition, 10.04.2019, https://www.investopedia.com/terms/c/combinedratio.asp (dostęp: 14.04.2020).
210. HealthCare.gov, brak daty, *Catastrophic health plans*, https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/catastrophic-health-plans/ (dostęp: 16.07.2020).
211. HealthCare.gov, brak daty, *Donut Hole, Medicare Prescription Drug*, https://www.healthcare.gov/glossary/donut-hole-medicare-prescription-drug/ (dostęp: 28.07.2020).
212. HealthCare.gov, brak daty, *Grandfathered health insurance plans*, https://www.healthcare.gov/health-care-law-protections/grandfathered-plans/ (dostęp: 24.07.2020).
213. HealthCare.gov, brak daty, *High Deductible Health Plan (HDHP)*, https://www.healthcare.gov/glossary/high-deductible-health-plan/ (dostęp: 01.04.2020).
214. HealthCare.gov, brak daty, *Out-of-pocket maximum/limit*, https://www.healthcare.gov/glossary/out-of-pocket-maximum-limit/ (dostęp: 17.08.2020).
215. HealthCare.gov, brak daty, *Small Business Health Options Program (SHOP)*, https://www.healthcare.gov/glossary/shop-small-business-health-options-program/ (dostęp: 23.07.2020).
216. Healthcare.gov, brak daty, *The fee for not having health insurance*, https://www.healthcare.gov/fees/fee-for-not-being-covered/ (dostęp: 20.07.2020).
217. HealthCare.gov, brak daty, *The 'metal' categories: Bronze, Silver, Gold & Platinum*, https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/ (dostęp: 16.07.2020).

218. HealthCare.gov, brak daty, *What Marketplace health insurance plans cover*, https://www.healthcare.gov/coverage/what-marketplace-plans-cover/ (dostęp: 16.07.2020).
219. Health Consumer Powerhouse, 2017, *EuroHealth Consumer Index 2016 Report*, Health Consumer Powerhouse Ltd., UE.
220. Health Consumer Powerhouse, 2018, *EuroHealth Consumer Index 2017 Report*, Health Consumer Powerhouse Ltd., UE.
221. Health Insurance Association of America, 1992, *1991 Source Book of Health Insurance Data*, Health Insurance Association of America, Waszyngton.
222. Health Insurance Institute, 1966, *Source Book of Health Insurance Data, 1965*, Health Insurance Institute, Nowy Jork.
223. Henderson D. R., 2016, *Even Left-Leaning Econ Writers Are Impoverished by Obamacare*, https://fee.org/articles/even-left-leaning-econ-writers-are-impoverished-by-obamacare/ (dostęp: 02.09.2020).
224. Hennessey K., 2009, *How many uninsured people need additional help from taxpayers?*, https://keithhennessey.com/2009/04/09/how-many-uninsured-people-need-additional-help-from-taxpayers/ (dostęp: 25.06.2020).
225. Herbert Emery J. C., 2012, *America's Rejection of Government Health Insurance in the Progressive Era: Implications for Understanding the Determinants and Achievements of Public Insurance of Health Risks*, w: Harris B. (red.)*, Welfare and Old Age in Europe and North America*, Routledge, Londyn, Nowy Jork.
226. Hering B. i in., 2018, *Comparing the Value of Nonprofit Hospitals' Tax Exemption to Their Community Benefits*, „INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing", nr 55, s. 1-11.
227. Herman B., 2016, *The health insurance industry's identity crisis*, https://www.modernhealthcare.com/article/20160130/MAGAZINE/301309964 /the-health-insurance-industry-s-identity-crisis (dostęp: 10.04.2020).
228. Herzlinger R., 2004, *Consumer-driven health care. Implications for providers, payers and policy makers*, Jossey-Bass, San Fransisco.
229. Higgs R., 1995, *FDA Regulation of Medical Devices*, w: Higgs R. (red.), *Hazardous to Our Health? FDA regulation of health care products*, The Independent Institute, USA.
230. Higgs R., 2014, *Gordon Tullock and the Transitional Gains Trap*, https://blog.independent.org/2014/11/06/gordon-tullock-and-the-transitional-gains-trap/ (dostęp: 23.10.2020).
231. Holcombe R., A., 1997, *Theory of the theory of public goods*, „Review of Austrian Economics", nr 1, s. 1-22.
232. Holly M., 2017, *How Government Regulations Made Healthcare So Expensive*, https://mises.org/wire/how-government-regulations-made-healthcare-so-expensive (dostęp: 31.07.2019).
233. Hoppe H. H., 2006, *Uncertainty and Its Exigencies: The Critical Role of Insurance in the Free Market*, https://mises.org/library/uncertainty-and-its-exigencies-critical-role-insurance-free-market (dostęp: 25.03.2020)
234. Hoppe H. H., 2007, *The limits of numerical probability: Frank H. Knight and Ludwig von Mises and the frequency interpretation*, "Quarterly Journal of Austrian Economics", nr 1, s. 1-20.

235. Hoppe H. H., 2010, *Cztery kroki do naprawy służby zdrowia*, https://mises.pl/blog/2010/01/18/h-h-hoppe-cztery-kroki-do-naprawy-sluzby-zdrowia/ (dostęp: 22.06.2018).
236. Horbenger J. G., 1994, *The Real Free-Market Approach to Health Care*, w: Horbenger J. G., Ebeling R. M. (red.), *The Dangers of Socialized Medicine, The Future of Freedom Foundation*, USA.
237. Horwitz S, 2020, *The Real Cost of Expensive Cancer Drugs*, https://www.econlib.org/the-real-cost-of-expensive-cancer-drugs/ (dostęp: 01.12.2020).
238. Huber M. i in., 2011, *How should we define health?*, "British Medical Journal", nr 343, s. d4163.
239. Hudgins E. L., 2018, *How Japan Empowered Patients with Free To Choose Medicine*, https://fee.org/articles/how-japan-empowered-patients-with-free-to-choose-medicine/?utm_source=zapier&utm (dostęp: 26.08.2019).
240. Huerta De Soto J., 2010, *Sprawiedliwość a efektywność*, Fijorr Publishing, Warszawa.
241. Huerta De Soto J., 2011, *Socjalizm, rachunek ekonomiczny i funkcja przedsiębiorcza*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa.
242. Huntoon L. R., 2018, *Hospitals and Insurance Companies: Government-Protected and Favored Businesses*, „Journal of American Physicians and Surgeons", nr 2, s. 34-25.
243. Hutt P. B., 1982, *The Importance of Patent Term Restoration to Pharmaceutical Innovation*, „Health Affairs", nr 2, s. 5-24.
244. Hyman D. A., Silver C., 2018, *Overcharged: Why Americans Pay Too Much For Health Care*, Cato Institute, USA.
245. Institute of Medicine, 2000, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, National Academy Press, Waszyngton.
246. Institute of Medicine, 2003, *Hidden Costs, Value Lost: Uninsurance in America (Insuring Health)*, National Academies Press, Waszyngton.
247. Internal Revenue Service (IRS), brak daty, *Annual Fee on Branded Prescription Drug Manufacturers and Importers*, https://www.irs.gov/affordable-care-act/annual-fee-on-branded-prescription-drug-manufacturers-and-importers (dostęp: 28.07.2020).
248. Internal Revenue Service (IRS), brak daty, *Employer Shared Responsibility Provisions*, https://www.irs.gov/affordable-care-act/employers/employer-shared-responsibility-provisions (dostęp: 23.07.2020).
249. Internal Revenue Service (IRS), brak daty, *Information Reporting by Applicable Large Employers*, https://www.irs.gov/affordable-care-act/employers/information-reporting-by-applicable-large-employers (dostęp: 02.09.2020).
250. Internal Revenue Service (IRS), brak daty, *Premium Tax Credit: Claiming the Credit and Reconciling Advance Credit Payments*, https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families/premium-tax-credit-claiming-the-credit-and-reconciling-advance-credit-payments (dostęp: 14.08.2020).
251. Internal Revenue Service (IRS), brak daty, *Qualifying Therapeutic Discovery Projects Basic Information: Questions and Answers*,

https://www.irs.gov/newsroom/qualifying-therapeutic-discovery-projects-basic-information-questions-and-answers (dostęp: 28.07.2020).
252. IQVIA Institute, 2017, *Medicines Use and Spending in the U.S.: A Review of 2016 and Outlook to 2021 Institute Report*, https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/medicines-use-and-spending-in-the-us-a-review-of-2016 (dostęp: 09.09.2020).
253. IQVIA Institute, 2019, *Medicine Use and Spending in the U.S. A Review of 2018 and Outlook to 2023*, https://static1.squarespace.com/static/54d50ceee4b05797b34869cf/t/5cd765e5c49ce70001f3449a/1557620199759/medicine-use-and-spending-in-the-us---a-review-of-2018-outlook-to-2023.pdf (dostęp: 09.09.2020).
254. Iwanik J., 2009, *The Regulated Insurance Market*, https://mises.org/library/regulated-insurance-market (dostęp: 24.03.2020).
255. Iwanik J., 2011, *Solvency 2 - krok w kierunku etatyzmu*, http://mises.pl/blog/2011/06/16/iwanik-solvency-2-krok-w-kierunku-etatyzmu/ (dostęp: 03.08.2017).
256. Jacobson G. i in., 2019, *A Dozen Facts About Medicare Advantage in 2019*, https://www.kff.org/medicare/issue-brief/a-dozen-facts-about-medicare-advantage-in-2019/ (dostęp: 10.04.2020).
257. James J. T., 2013, *A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care*, „Journal of Patient Safety”, nr 3, s. 122-128.
258. Japsen B., 2013, *Obamacare Will Bring Drug Industry $35 Billion In Profits*, https://www.forbes.com/sites/brucejapsen/2013/05/25/obamacare-will-bring-drug-industry-35-billion-in-profits/#13eddbd534a5 (dostęp: 08.09.2020).
259. Japsen B., 2017, *Humana To Fully Exit Obamacare In 2018*, https://www.forbes.com/sites/brucejapsen/2017/02/14/humana-will-leave-obamacare-in-2018-citing-unstable-risk-pools/#441a960370c1 (dostęp: 25.08.2020).
260. Japsen B., 2019, *As Sanders And Warren Attack, Health Insurer Profits Soar*, https://www.forbes.com/sites/brucejapsen/2019/08/04/as-sanders-and-warren-attack-private-health-insurer-profits-soar/#2af55502532b (dostęp: 13.04.2020).
261. Jaworzyńska M., 2010, *System opieki zdrowotnej w Niemczech*, “Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Sectio H”, nr XLIV, s. 995-1007.
262. Jeurissen P., 2010, *For-profit Hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries*, Erasmus Univeristy Press, Rotterdam.
263. Johnson D. S. i in., 2001, *A century of family budgets in the United States*, „Monthly Labor Review”, nr 5, s. 28-45.
264. Jost T. S., brak daty, *The experience of the Switzerland and the Netherlands with individual health mandates: a model for the United States?*, http://law2.wlu.edu/deptimages/Faculty/Jost%20The%20Experience%20of%20Switzerland%20and%20the%20Netherlands.pdf (dostęp: 28.07.2017).
265. Jurczak K., 2017, *Podsumowanie raportu: „Świadczenia dodatkowe w oczach pracowników 2017”*, https://wynagrodzenia.pl/artykul/podsumowanie-raportu-swiadczenia-dodatkowe-w-oczach-pracownikow-2017 (dostęp: 26.09.2018).

266. Kaiser Family Foundation (KFF), 2008, *Health Care Costs and Election 2008*, https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/health-care-costs-and-election-2008/ (dostęp: 10.06.2020).
267. Kaiser Family Foundation (KFF), 2011, *Pulling It Together: Rising Health Costs Are Not Just a Federal Budget Problem*, https://www.kff.org/health-costs/perspective/pulling-it-together-rising-health-costs-are/ (dostęp: 18.03.2020).
268. Kaiser Family Foundation (KFF), 2013, *Premium Tax Credits: Answers to Frequently Asked Questions*, https://www.kff.org/wp-content/uploads/sites/2/2013/10/qa-on-premium-credits.pdf (dostęp: 17.07.2020).
269. Kaiser Family Foundation (KFF), 2014, *Key Facts You Need to Know About: Cost-Sharing Reductions*, http://www.healthreformbeyondthebasics.org/wp-content/uploads/2014/09/KeyFacts-Cost-Sharing-Reductions_updated2014.pdf (dostęp: 17.07.2020).
270. Kaiser Family Foundation (KFF), 2017, *Estimates: Average ACA Marketplace Premiums for Silver Plans Would Need to Increase by 19% to Compensate for Lack of Funding for Cost-Sharing Subsidies*, https://www.kff.org/health-reform/press-release/estimates-average-aca-marketplace-premiums-for-silver-plans-would-need-to-increase-by-19-to-compensate-for-lack-of-funding-for-cost-sharing-subsidies/?utm_campaign=KFF-2017-April-Eliminating-ACA-Cost-Sharing-Payments&utm_content=54538233&utm_medium=social&utm_source=facebook (18.08.2020).
271. Kaiser Family Foundation, 2017, *Summary of the Health Care Freedom Act*, http://files.kff.org/attachment/Summary-of-the-Health-Care-Freedom-Act (dostęp: 21.10.2020).
272. Kaiser Family Foundation (KFF), 2018, *2018 Employer Health Benefits Chart Pack*, https://www.kff.org/slideshow/2018-employer-health-benefits-chart-pack/ (dostęp: 27.03.2020).
273. Kaiser Family Foundation (KFF), 2019, *Analysis: 'Cadillac Tax' on High-Cost Health Plans Could Affect 1 in 5 Employers in 2022*, https://www.kff.org/private-insurance/press-release/analysis-cadillac-tax-on-high-cost-health-plans-could-affect-1-in-5-employers-in-2022/ (dostęp: 02.09.2020).
274. Kaiser Family Foundation (KFF), 2019, *Cost-Sharing for Plans Offered in the Federal Marketplace, 2014-2020*, https://www.kff.org/slideshow/cost-sharing-for-plans-offered-in-the-federal-marketplace-2014-2020/ (dostęp: 17.08.2020).
275. Kaiser Family Foundation (KFF), 2019, *Employer Health Benefits 2019 Annual Survey*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA.
276. Kaiser Family Foundation (KFF), 2019, *Employer Responsibility Under the Affordable Care Act*, https://www.kff.org/infographic/employer-responsibility-under-the-affordable-care-act/ (dostęp: 23.07.2020).
277. Kaiser Family Foundation (KFF), 2019, *Medicare Advantage*, https://www.kff.org/medicare/fact-sheet/medicare-advantage/ (dostęp: 10.04.2020).
278. Kaiser Family Foundation (KFF), 2019, *Medicare Part D Beneficiaries Who Reach the Catastrophic Coverage Limit Can Expect to Pay More Out-of-Pocket for Their Prescription Drugs Next Year*, https://www.kff.org/medicare/press-

release/medicare-part-d-beneficiaries-who-reach-the-catastrophic-coverage-limit-can-expect-to-pay-more-out-of-pocket-for-their-prescription-drugs-next-year/ (dostęp: 08.09.2020).
279. Kaiser Family Foundation (KFF), 2019, *Premiums and Worker Contributions Among Workers Covered by Employer-Sponsored Coverage, 1999-2019*, https://www.kff.org/interactive/premiums-and-worker-contributions-among-workers-covered-by-employer-sponsored-coverage-1999-2019/#/?compare=true&coverageGroupComp=family (dostęp: 26.03.2020).
280. Kaiser Family Foundation (KFF), 2019, *President Trump's Proclamation Suspending Entry for Immigrants without Health Coverage*, https://www.kff.org/disparities-policy/fact-sheet/president-trumps-proclamation-suspending-entry-for-immigrants-without-health-coverage/ (dostęp: 24.06.2020).
281. Kaiser Family Foundation (KFF), 2020, *Health Insurance Marketplace Calculator*, https://www.kff.org/interactive/subsidy-calculator/#state=&zip=&income-type=dollars&income=49960&employer-coverage=0&people=1&alternate-plan-family=&adult-count=1&adults%5B0%5D%5Bage%5D=50&adults%5B0%5D%5Btobacco%5D=0&child-count=0 (dostęp: 28.09.2020).
282. Kaiser Family Foundation (KFF), 2020, *Public Opinion on Single-Payer, National Health Plans, and Expanding Access to Medicare Coverage*, https://www.kff.org/slideshow/public-opinion-on-single-payer-national-health-plans-and-expanding-access-to-medicare-coverage/ (dostęp: 03.11.2020).
283. Kaiser Family Foundation (KFF), 2020, *Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision*, https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/state-activity-around-expanding-medicaid-under-the-affordable-care-act/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 29.07.2020).
284. Kaiser Family Foundation (KFF), brak daty, *Health Care Expenditures per Capita by Service by State of Residence*, https://www.kff.org/other/state-indicator/health-spending-per-capita-by-service/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22desc%22%7D (dostęp: 05.05.2020).
285. Kaiser Family Foundation (KFF), brak daty, *Health Care Expenditures per Capita by State of Residence*, https://www.kff.org/other/state-indicator/health-spending-per-capita/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 05.05.2020).
286. Kaiser Family Foundation (KFF), brak daty, *Health Insurance Coverage of Nonelderly 0-64*, https://www.kff.org/other/state-indicator/nonelderly-0-64/?dataView=1&currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 26.03.2020).
287. Kaiser Family Foundation (KFF), brak daty, *Health Insurance Coverage of the Total Population*, https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?currentTimeframe=4&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 05.07.2019).

288. Kaiser Family Foundation (KFF), brak daty, *Marketplace Average Benchmark Premiums*, https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/marketplace-average-benchmark-premiums/?currentTimeframe=0&selectedDistributions=2014--2020&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 12.08.2020).
289. Kaiser Family Foundation (KFF), brak daty, *Marketplace Average Premiums and Average Advanced Premium Tax Credit (APTC)*, https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/marketplace-average-premiums-and-average-advanced-premium-tax-credit-aptc/?currentTimeframe=3&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 13.08.2020).
290. Kaiser Family Foundation, brak daty, *Medicaid Expansion Enrollment*, https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/medicaid-expansion-enrollment/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D (dostęp: 24.09.2020).
291. Kamal R. i in., 2017, *An Early Look at 2018 Premium Changes and Insurer Participation on ACA Exchanges*, https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/an-early-look-at-2018-premium-changes-and-insurer-participation-on-aca-exchanges/ (dostęp: 13.08.2020).
292. Kamal R., McDermott D., Cox C., 2019, *How has U.S. spending on healthcare changed over time?*, https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/u-s-spending-healthcare-changed-time/#item-start (dostęp: 30.04.2020).
293. Kaplan S., 2018, *F.D.A. Approves Generic EpiPen That May Be Cheaper*, https://www.nytimes.com/2018/08/16/health/epipen-generic-drug-prices.html (dostęp: 28.08.2019).
294. Keisler-Starkey K., Bunch L. N., 2020, *Health Insurance Coverage in the United States: 2019*, U.S. Census Bureau, Waszyngton.
295. Keith K., 2019, *Court Invalidates Rule On Association Health Plans*, https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20190329.393236/full/ (dostęp: 26.10.2020).
296. Keith K., 2019, *Latest Ruling Over Unpaid CSRs*, https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20191025.570658/full/ (dostęp: 18.08.2020).
297. Keith K., 2020, *Supreme Court Rules That Insurers Are Entitled To Risk Corridors Payments: What The Court Said And What Happens Next*, https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20200427.34146/full/ (dostęp: 24.08.2020).
298. Kessel R. A., 1958, *Price Discrimination in Medicine*, „Journal of Law and Economics”, nr 1, s. 20-53.
299. Kessel R. A., 1970, *The A.M.A. and the Supply of Physicians*, „Law and Contemporary Problems”, nr 35, s. 267-283.
300. Kinsella S., 2001, *Against Intellectual Property*, „Journal of Libertarian Studies” 2001, nr 2, s. 1-53.
301. Kinsella S., 2010, *Patents Kill: Compulsory Licenses and Genzyme’s Life Saving Drug*, https://mises.org/wire/patents-kill-compulsory-licenses-and-genzyme’s-life-saving-drug (dostęp: 28.08.2019).

302. Kinsella S., 2012, *Przeciw własności intelektualnej*, https://mises.pl/blog/2012/01/29/255/#_ftn1 (dostęp: 26.08.2019).
303. Kissam P., 1975, *Physician's Assistant and Nurse Practitioner Laws: A Study of Health Law Reform*, „Kansas Law Review", nr 24, s. 1-65.
304. Klimczak K. M., 2008, *Ryzyko w teorii ekonomii*, „Master of Business Administration", nr 6, s. 64-68.
305. Kluczyńska M., Grzywacz J., 2015, *System finansowania publicznej opieki zdrowotnej w Polsce w świetle doświadczeń niemieckich*, "Zeszyty Naukowe PWSZ w Płocku. Nauki Ekonomiczne", nr 2, s. 121-132.
306. Knight F. H., 1921, *Risk, uncertainty and profit*, August M. Kelly, Nowy Jork.
307. Kodjak A., 2016, *UnitedHealth To Leave Most Obamacare Exchanges In 2017*, https://www.npr.org/sections/health-shots/2016/04/19/474834930/unitedhealth-to-leave-most-obamacare-exchanges-in-2017?t=1598333130368 (dostęp: 25.08.2020).
308. Kostrzewski P., 2013, *Proces oceny ryzyka w ubezpieczeniach zdrowotnych*, w: Guzel Z., Fal D. M., Lipka A. (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa. Underwritinig. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne*, Poltext, Warszawa.
309. Kovner A. R., Jonas S., 2003, *Health Care Delivery in the United States*, Springer Publishing Company, USA.
310. Kowalewski E., 2001, *Ryzyko w działalności człowieka i możliwości jego ograniczenia*, w: Sangowski T. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Poltext, Warszawa.
311. Kozber M. M., Osak M., 2013, *Współpłacenie bezpośrednie w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego – doświadczenia Szwajcarii*, "Problemy Zarządzania", nr 1, s. 93-111.
312. Krupias W. i in., 2011, *System ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii*, w: Kalecińska J., Herbst I. (red.), *Systemy ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, Warszawa.
313. Kuropatwa A., 2010, *Problemy neoklasycznej teorii konkurencji*, w: Machaj M. (red.), *Pod prąd głównego nurtu ekonomii*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa.
314. Kwaśnicki W., 2001, *Zasady ekonomii rynkowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
315. Kwiatkowski S., 2010, *Teoria dóbr publicznych i rynkowe mechanizmy ich produkcji*, w: Machaj M. (red.), *Pod prąd głównego nurtu ekonomii*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa.
316. Laplace P. S., 1951, *A philosophical essay on probabilities*, Dover, Nowy Jork.
317. Lasagna L., 1979, *The Uncertain Future of Drug Development*, „Drug Intelligence and Clinical Pharmacy", nr 4, 192-194.
318. Laszewski R., 2015, *Why Are The 2016 Obamacare Rate Increases So Large?*, https://www.forbes.com/sites/realspin/2015/06/10/why-are-the-2016-obamacare-rate-increases-so-large/#304f74a5103e (dostęp: 13.08.2020).
319. Lavoie D. C., 1982, *The Development of the Misesian Theory of Interventionism*, w: Kirzner I. (red.*), Method, Process and the Austrian Economics Essays in Honor of Ludwig von Mises*, Lexington Books, D.C. Heath and Company, Lexington, s. 169-183.

320. Leape L., 1994, *Error in Medicine*, „Journal of the American Medical Association", nr 23, s. 1851-1857.
321. Lee S. i in., 2016, *A retrospective study of direct cost to patients associated with the use of oral oncology medications for the treatment of multiple myeloma*, „Journal Journal of Medical Economics", nr 4, s. 397-402.
322. LeRoy Miller R., Benjamin D. K., North D. C., 2013, *Economics of Public Issues, The, 18th Edition*, Pearson, USA.
323. Lesney M. S., 2004, *The ghosts of pharma past. Companies that were once household names can vanish – hidden or dissolved in mergers and acquisitions*, „Modern Drug Discovery", nr 1, s. 25-26.
324. Leu R. E. i in., 2009, *The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets*, Commonwealth Fund, Waszyngton.
325. Levatter L., 2009, *Health Care: A Future Free-Market Alternative*, https://fee.org/articles/health-care-a-future-free-market-alternative (dostęp: 30.07.2019).
326. Levinson D. R./ Department of Health and Human Services (Office of the Inspector General), 2015, *Actual Enrollment and Profitability Was Lower than Projections Made by the Consumer Operated and Oriented Plans and Might Affect Their Ability to Repay Loans Provided under the Affordable Care Act*, https://oig.hhs.gov/oas/reports/region5/51400055.pdf (dostęp: 25.08.2020).
327. Levitt L., 2020, *Trump vs Biden on Health Care*, https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2770427?fbclid=IwAR2I84_xGcZPBflrhCFm65OWQ8TTkVpxikYU1B3UO1UW_GZxGqORtOTLBX4 (dostęp: 15.10.2020).
328. Lewis M., 2010, *Healthcare Reform Law: Impact on Pharmaceutical Manufacturers*, https://www.morganlewis.com/-/media/files/publication/lawflashclient-alert/washington-government-relations-and-public-policy-lawflash/washgrpp_impactonpharmamanufacturers_lf_15apr10.pdf (dostęp: 28.07.2020).
329. Light D. W., 2000, *Sociological perspectives on competition in health care*, "Journal of Health Politics, Policy and Law", nr 25, s. 969-974.
330. Lipka A., 2013, *Prawo do ubezpieczenia a prawo do oceny ryzyka. Evidence Based Underwriting*, w: Guzel Z., Fal D. M., Lipka A. (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa. Underwritinig. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne*, Poltext, Warszawa.
331. Lipka A., 2013, *Zasady oceny ryzyka w ubezpieczeniach na życie*, w: Guzel Z., Fal D. M., Lipka A. (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa. Underwritinig. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne*, Poltext, Warszawa.
332. Liu C., Haseltine W. A., brak daty, *The Singaporean Health Care System*, https://international.commonwealthfund.org/countries/singapore/ (dostęp: 23.09.2018).
333. Long R. T., brak daty, *How Government Solved the Health Care Crisis*, http://freenation.org/a/f12l3.html (dostęp: 17.09.2019).
334. Long S. K., 2019, *Physicians May Need More Than Higher Reimbursements To Expand Medicaid Participation: Findings From Washington State*,

https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2012.1010 (dostęp: 29.09.2019).
335. Luthra S., 2015, *Poll: Majority Of Americans Agree That The FDA Should Review Drug Ads Before They Air*, https://khn.org/news/poll-majority-of-americans-agree-that-the-fda-should-review-drug-ads-before-they-air/ (dostęp: 30.08.2019).
336. Luthra S., Greenberg J., 2019, *'Medicare For All' Emerges As Early Divide In First Democratic Debate*, https://khn.org/news/medicare-for-all-emerges-as-early-divide-in-first-democratic-debate/ (dostęp: 13.04.2020).
337. Lyon S. M., Douglas I. S., Cooke C. R., 2014, *Medicaid Expansion under the Affordable Care Act. Implications for Insurance-related Disparities in Pulmonary, Critical Care, and Sleep*, „Annals of the American Thoracic Society", nr 4, s. 661-667.
338. Machaj M., 2013, *Kapitalizm, socjalizm i prawa własności*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa.
339. Madden B. J., Reed R. W., 2017, *In Defense of Free to Choose Medicine*, https://fee.org/articles/in-defense-of-free-to-choose-medicine/ (dostęp: 26.08.2019).
340. Madden B. J., 2018, *Free to Choose Medicine*, Heartland Institute, USA.
341. Mafi J. N. i in., 2017, *Association of Primary Care Practice Location and Ownership With the Provision of Low-Value Care in the United States*, „Journal of the American Medical Association", nr 6, s. 838-845.
342. MAHTA, 2018, *BAROMETR WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 18/27/06/2018. Stan na kwiecień/maj 2018 r.*, Fundacja Watch Health Care/WEI, Warszawa.
343. Makary M., Daniel M., 2016, *Study Suggests Medical Errors Now Third Leading Cause of Death in the U.S.*, https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/study_suggests_medical_errors_now_third_leading_cause_of_death_in_the_us (dostęp: 12.05.2020).
344. Makary M., 2019, *The Price We Pay: What Broke American Health Care – And How to Fix It*, Bloomsbury Publishing, USA [Ebook].
345. Makowska M., Czerw A., 2014, *Reforma systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych. Zmiany wprowadzane przez Obamacare*, „Hygeia Public Health", nr 49, s. 733-741.
346. Maltsev Y. N., 2012, *Czego uczy nas sowiecka medycyna?*, http://mises.pl/blog/2012/07/20/maltsev-czego-uczy-nas-sowiecka-medycyna/ (dostęp: 19.09.2018).
347. Manhattan Institute, brak daty, *The Obamacare Impact*, https://media4.manhattan-institute.org/sites/default/files/knowyourrates/index.htm# (dostęp: 12.08.2020).
348. Manhattan Institute, brak daty, *Obamacare Map*, https://www.manhattan-institute.org/knowyourrates (dostęp: 12.08.2020).
349. March M., 2017, *Charlie Gard's parents are forced to stop fighting for their dying baby*, https://fee.org/articles/charlie-gards-parents-are-forced-to-stop-fighting-for-their-dying-baby/ (dostęp: 03.08.2017).

350. March R. J., 2019, *FDA Approves Record Number of Generic Drugs in 2018*, https://fee.org/articles/fda-approved-record-number-of-generic-drugs-in-2018/ (dostęp: 28.08.2019).
351. Marmor T., Oberlander J., 2016, *Medicare at 50*, w: Cohen I. G. i in. (red.), *The Oxford Handbook of U.S. Health Law*, Oxford University Press, Nowy Jork.
352. Marquez G., 2018, *How fast is direct primary care growing?*, https://www.elationhealth.com/direct-care-blog/growing/ (dostęp: 13.05.2020).
353. Mathews A. M., Weaver C., 2014, *Sick Drawn to New Coverage: High Rates of Serious Conditions in Health Law Plans Put Pressure on Premiums*, https://www.wsj.com/articles/sick-drawn-to-new-coverage-in-health-law-plans-1403656445 (dostęp: 12.08.2020).
354. Maurer M., 2019, *Finance Chiefs Relieved After Repeal of Cadillac Tax*, https://www.wsj.com/articles/finance-chiefs-relieved-after-repeal-of-cadillac-tax-11577137387 (dostęp: 02.09.2020).
355. Maxwell J. C., 2010, *Etyka*, Studio Emka, Warszawa.
356. Maylone B., Sommers B. D., 2017, *Evidence from the Private Option: The Arkansas Experience*, https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2017/feb/evidence-private-option-arkansas-experience (dostęp: 24.09.2020).
357. McAuliff M., 2017, *McCain Votes No, Derails 'Skinny Repeal' In Marathon Session*, https://khn.org/news/mccain-votes-no-derails-skinny-repeal-in-marathon-session/ (dostęp: 21.10.2020).
358. McGuff D., Murphy R. P., 2015, *The Primal Prescription*, Primal Blueprint Publishing, USA.
359. McKeown T., 2013, *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Czynniki wspierające rozwój i bariery. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne jako element systemu opieki zdrowotnej w Irlandii*, „Wiadomości ubezpieczeniowe. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Efektywny system na tle doświadczeń europejskich", nr 4, s. 81-85.
360. Medicare Interactive, brak daty, *Phases of Part D coverage*, https://www.medicareinteractive.org/get-answers/medicare-prescription-drug-coverage-part-d/medicare-part-d-costs/phases-of-part-d-coverage (dostęp: 08.09.2020).
361. Medicare.gov, 2010, *What is the Donut Hole?*, https://www.medicare.gov/blog/what-is-the-donut-hole (dostęp: 28.07.2020).
362. Medspace, 2019, *Medscape Malpractice Premium Report 2019*, https://www.medscape.com/slideshow/2019-malprac-prem-rep-6012332 (dostęp: 07.05.2020).
363. Medspace, 2019, *Medscape Physician Compensation Report 2019*, https://www.medscape.com/slideshow/2019-compensation-overview-6011286 (dostęp: 07.05.2020).
364. Michalak J., 2008, *Przesłanki nieakceptowalności koncepcji transferu ryzyka*, w: Handschke J. (red.), *Studia z ubezpieczeń gospodarczych i społecznych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.
365. Miller H., 2019, *The FDA's Bad Medicine*, https://www.pacificresearch.org/the-fdas-bad-medicine/ (dostęp: 30.08.2019).

366. Miller T. i in., 2017, *2017 Index of Economic Freedom*, The Heritage Foundation, brak miejsca wydania.
367. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, brak daty, *Raport podsumowujący ocenę merytoryczną projektów z sektora ochrony zdrowia w celu wyboru projektu pilotażowego do realizacji w formule partnerstwa publiczno-prywatnego*, https://www.ppp.gov.pl/Aktualnosci/Documents/2013_11_18_Raport_nabor_zdrowie.pdf (dostęp: 01.08.2017).
368. Ministry of Manpower, 2014, *Changes to the CPF Minimum Sum, Medisave Minimum Sum and Medisave Contribution Ceiling from 1 July 2014 for a More Secure Retirement*, https://www.mom.gov.sg/newsroom/press-releases/2014/changes-to-the-cpf-minimum-sum-medisave-minimum-sum-and-medisave-contribution-ceiling-from-1-july-2014-for-a-more-secure-retirement (dostęp: 23.09.2018).
369. Mises L., 2006, *Ekonomia i polityka. Wykład elementarny*, Fijorr Publishing, Warszawa.
370. Mises L., 2011, *Kalkulacja ekonomiczna w socjalizmie*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa.
371. Mises L., 2011, *Ludzkie działanie. Traktat o ekonomii*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa.
372. Mises R., 1981, *Probability, Statistics and Truth*, Courier Corporation, USA.
373. Mitchell D. J., 2019, *The Myth of Cuba's Glorious Health Care System*, https://fee.org/articles/the-myth-of-cubas-glorious-health-care-system/?utm_source=zapier&utm&fbclid=IwAR2cm2Xh2UUZg1Wjzh1B_Kh_sor7PnIG3EikWcWUiSVczb-zNkz9zacxn2c (dostęp: 13.07.2019).
374. Monkiewicz J., 2002, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Unii Europejskiej*, w: Monkiewicz J. (red.), *Ubezpieczenia w Unii Europejskiej*, Poltext, Warszawa.
375. Morris S., Devlin N., Parkin D., 2011, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa.
376. Mowbray A. H., Blanchard R. H*., 1961, Insurance, its theory and practice in the United States*, McGraw-Hill, Nowy Jork.
377. MP.pl, brak daty, *Chloropromazyna (chlorowodorek chloropromazyny)*, https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=179 (dostęp: 27.08.2019).
378. Mueller A. P., 2003, *Bye-bye Bismarck*, https://mises.org/library/bye-bye-bismarck (dostęp: 17.09.2018).
379. Mundinger M. O. i in., 2000, *Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians. A Randomized Trial*, „The Journal of the American Medical Association”, nr 283, s. 59-68.
380. Murphy R. P., 2015, *Niepoprawny politycznie przewodnik po kapitalizmie*, Instytut Ludwiga von Misesa, Wrocław.
381. National Association of Insurance Commissioners (NAIC), 2019, *U.S. Health Insurance Industry: 2018 Annual Results*, NAIC, USA.
382. National Center for Advancing Translational Sciences, brak daty, *Cures Acceleration Network*, https://ncats.nih.gov/funding/review/can (dostęp: 28.07.2020).
383. National Conference of State Legislatures (NCSL), 2019, *CON-Certificate of Need State Laws*, https://www.ncsl.org/research/health/con-certificate-of-need-state-laws.aspx (dostęp: 05.05.2020).

384. NFZ, brak daty, https://www.ekuz.nfz.gov.pl/wypoczynek/wyjezdzam-do/niemcy (dostęp: 01.08.2017).
385. NFZ, brak daty, https:// www.ekuz.nfz.gov.pl/wypoczynek/wyjezdzam-do/szwajcaria (dostęp: 28.07.2017).
386. Nicolaisen N., 2013, *Advancing Pharmaceutical and Medical Technology Does Not Depend on Patents*, https://mises.org/library/advancing-pharmaceutical-and-medical-technology-does-not-depend-patents (dostęp: 27.08.2019).
387. Nordlinger J., 2007, *The Myth of Cuban Health Care*, https://www.nationalreview.com/2007/07/myth-cuban-health-care/ (dostęp: 13.07.2019).
388. Norris L., 2020, *Is there still a penalty for being uninsured?*, https://www.healthinsurance.org/obamacare-enrollment-guide/what-is-the-obamacare-penalty/ (dostęp: 20.08.2020).
389. Norris L., 2020, *CO-OP health plans: patients' interests first*, https://www.healthinsurance.org/obamacare/co-op-health-plans-put-patients-interests-first/ (dostęp: 25.08.2020).
390. ObamaCareFacts.com, 2014, *ObamaCare Open Enrollment Period*, https://obamacarefacts.com/obamacare-open-enrollment/ (dostęp: 24.07.2020).
391. ObamaCareFacts.com, 2014, *Private Health Plans Outside the Marketplace*, https://obamacarefacts.com/private-health-plans-outside-the-marketplace/ (dostęp: 24.07.2020).
392. Obamacare.net, 2017, *Obamacare Explained*, https://obamacare.net/obamacare-explained/ (dostęp: 16.07.2020).
393. OECD/WHO, 2011, *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*, OECD Publishing, Paryż.
394. OECD, 2015, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż.
395. OECD/EU, 2016, *Health at a glance: Europe 2016 – state of health in the EU cycle*, OECD Publishing, Paryż.
396. OECD/WHO, 2016, *Health at a Glance: Asia/Pacific 2016: Measuring Progress towards Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paryż.
397. OECD, 2017, *Taxing wages 2017*, OECD Publishing, Paryż.
398. OECD, 2019, *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż.
399. OECD, brak daty, *Infant mortality rates*, https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm (dostęp: 11.07.2019).
400. Ohsfeldt R. L., Schneider J. E., 2006, *The Business of Health*, AEI Press, USA.
401. O'Neill M., brak daty, *Unusual Heart Therapy Wins Coverage From Large Insurer*, https://www.nytimes.com/1993/07/28/health/unusual-heart-therapy-wins-coverage-from-large-insurer.html (dostęp: 07.04.2020).
402. O'Neill Hayes T., 2017, *Market Distortions Caused by the 340B Prescription Drug Program*, https://www.americanactionforum.org/research/340bmarketdistortions/ (dostęp: 09.09.2020).
403. O'Neill Hayes T., 2018, *Understanding the Policies that Influence the Cost of Drugs*, https://www.americanactionforum.org/insight/understanding-the-policies-that-influence-the-cost-of-drugs/ (dostęp: 08.09.2020).

404. Osak M., 2008, *Ryzyko zdrowotne jako podstawa wyodrębnienia ubezpieczeń zdrowotnych*, w: Handschke J. (red.), *Studia z ubezpieczeń gospodarczych i społecznych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.
405. Ostrom E., 2013, *Dysponowanie wspólnymi zasobami,* Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
406. Outerville J. F., 1998, *Theory and practice of insurance*, Springer Science+Business Media, Nowy Jork.
407. Packer M., 2018, *Med Schools' Business Model Is Officially Dead*, https://www.medpagetoday.com/blogs/revolutionandrevelation/76553 (dostęp: 30.07.2019).
408. Pagliauro N., 2018, *Celgene, J&J top complaint list to FDA for blocking generics*, https://www.biopharmadive.com/news/celgene-johnson-fda-anticompetitive-generic-list/523871/ (dostęp: 28.08.2019).
409. Passel J. S., Cohn D'V., 2008, *Trends in Unauthorized Immigration: Undocumented Inflow Now Trails Legal Inflow*, https://www.pewresearch.org/hispanic/2008/10/02/trends-in-unauthorized-immigration/ (dostęp: 24.06.2020).
410. Paszkowska M., 2017, *System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu*, „Problemy Zarządzania", nr 3, s. 25-41.
411. Patient Beyond Borders, brak daty, *Quick facts about medical tourism*, https://www.patientsbeyondborders.com/media (dostęp: 08.04.2020).
412. Paul R., 2018, *Unleash the Market to Lower Drug Prices*, https://fee.org/articles/dr-ron-paul-unleash-the-market-to-lower-drug-prices/ (dostęp: 28.08.2019).
413. Peltzman S., 1974, *Regulation of Pharmaceutical Innovation: The 1962 Amendments,* Regulation of Pharmaceutical Innovation: The 1962 Amendments, Waszyngton.
414. Peltzman S., 2005, *Regulation and the Natural Progres of Opulence*, Aei Press, USA.
415. Perry M. J., 2017, *If cosmetic surgery has a working market, why can't medical care?*, https://fee.org/articles/if-cosmetic-surgery-has-a-working-market-why-can-t-medical-care/ (dostęp: 13.07.2019).
416. Perry M. J., 2018, *What causes hyperinflation for medical costs in the US? Medical insurance, which is the problem, not the solution*, https://www.aei.org/carpe-diem/what-causes-hyperinflation-for-medical-costs-in-the-us-medical-insurance-which-is-the-problem-not-the-solution/ (dostęp: 30.04.2020).
417. Peter G. Peterson Foundation, 2019, *BUDGET BASICS: MEDICARE*, https://www.pgpf.org/budget-basics/medicare (dostęp: 26.09.2019).
418. Pettegrew L. S., Vance C. A., 2013, *The High Cost of "Free"*, https://mises.org/library/high-cost-free (dostęp: 25.09.2019).
419. Pew Research Center, 2009, *A Portrait of Unauthorized Immigrants in the United States*, https://www.pewresearch.org/hispanic/2009/04/14/a-portrait-of-unauthorized-immigrants-in-the-united-states/ (dostęp: 24.06.2020).
420. Pickering G., 2017, *Does Britain Have the World's Best Health System? Only If You Ignore Outcomes*, https://mises.org/wire/does-britain-have-world's-best-health-system-only-if-you-ignore-outcomes (dostęp: 20.07.2018).

421. Pieńkowska-Kamieniecka P., Rutecka J., 2014, *System emerytalny w Niemczech – analiza aktualnych tendencji na tle dotychczasowego procesu reformowania*, „Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka”, nr 6, s. 19-33.
422. Pipes S. C., 2008, *The Top Ten Myths of American Health Care: A Citizen’s Guide*, Pacific Research Institute, USA.
423. Pipes S. C., 2016, *Obamacare's Co-Op Disaster: Only 7 Remain*, https://www.forbes.com/sites/sallypipes/2016/07/25/obamacares-co-op-disaster-an-unfunny-comedy-of-errors/#5c8295805d5b (dostęp: 25.08.2020).
424. Pitts B., Battiste N., 2013, *As More Americans Have Surgeries Overseas, US Companies Consider 'Medical Tourism' a Health Care Option*, https://abcnews.go.com/Health/americans-surgeries-overseas-us-companies-medical-tourism-health/story?id=20423011 (dostęp: 08.04.2020).
425. PIU/Ernst & Young, 2013, *Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia-analiza i rekomendacje dla Polski*, https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/raport%20EY%20DUZ%202013%20www.pdf (dostęp: 01.08.2017).
426. PIU, 2013, *Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia*, https://www.infarma.pl/assets/files/raporty/Raport_Rola_prywatnych_ubezpieczen_zdrowotnych_2013.pdf (dostęp: 03.08.2017).
427. Polanyi M., 1962, *Personal knowledge: towards a post-critical philosophy*, University of Chicago Press, Chicago.
428. Pope C., 2019, *Issues 2020: Private Health Insurance Saves Americans Money*, https://www.manhattan-institute.org/issues-2020-health-care-reform-private-insurance#notes (dostęp: 13.04.2020).
429. PWN, *Prokrust*, bark daty, https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Prokrust;3962568.html (dostęp: 05.09.2018).
430. PWN, brak daty, *Shermana ustawa antytrustowa*, https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Shermana-ustawa-antytrustowa;3974569.html (dostęp: 20.03.2020).
431. Quirk J., 2017, *Seasteading: How Floating Nations Will Restore the Environment, Enrich the Poor, Cure the Sick, and Liberate Humanity from Politicians*, Free Press, Nowy Jork [Ebook].
432. Rae M., Copeland R., Cox C., 2019, *Tracking the rise in premium contributions and cost-sharing for families with large employer coverage*, https://www.healthsystemtracker.org/brief/tracking-the-rise-in-premium-contributions-and-cost-sharing-for-families-with-large-employer-coverage/ (dostęp: 31.03.2020).
433. Ramsey L., 2017, *A new kind of doctor's office charges a monthly fee and doesn't take insurance — and it could be the future of medicine*, https://www.businessinsider.com/direct-primary-care-a-no-insurance-healthcare-model-2017-3?IR=T (dostęp: 13.05.2020).
434. Rector R., 2000, *Welfare: Broadening the Reform*, w: Butler S. M., Holmes K. R. (red.*), Issues 2000: The Candidate’s Briefing Book*, Waszyngton, DC.
435. Reed L. S., 1967, *Private Health Insurance: Coverageand Financial Experience, 1940-66*, „Social Security Bulletin”, nr 11, s. 3-22.

436. Reed L. S., Carr W., 1969, *Private Health Insurance in the United States, 1967*, „Social Security Bulletin”, nr 2, s. 3-22.
437. Reed L. W., 2016, *Mit nr 29. „The Jungle” Uptona Sinclaira dowiodła, że regulacje są konieczne*, w: Reed L. W. (red.), *52 mity o kapitalizmie*, Fijorr Publishing, Wrocław.
438. Reed L. W., 2016, *Mit nr 41. Przypadek koncernu Standard Oil Rockefellera dowiódł, że tylko państwo może przeciwstawić się monopolom*, w: Reed L. W. (red.), *52 mity o kapitalizmie*, Fijorr Publishing, Wrocław.
439. Reed L. W., 2017, *Herpes Cure Needs Free To Choose Medicine*, https://fee.org/articles/herpes-cure-needs-free-to-choose-medicine/ (dostęp: 26.08.2019).
440. Ridings J. E., 2013, *The Thalidomide Disaster, Lessons from the Past*, “Methods in Molecular Biology”, nr 947, s. 575-586.
441. Riesman G., 1994, *The real right to medical care versus socialized medicine,* The Jefferson School of Philosophy, Economics & Psychology, USA.
442. Robbins G., Robbins A., Goodman J. C., 1993, *How are your health care system works*, National Center For Policy Analisys, Dallas.
443. Robinson G. O., 1986, *The Medical Malpractice Crisis of the 1970's: A Retrospective*, „Law and Contemporary Problems”, nr 2, s. 5-35.
444. Rockwell L. H., 2012, *Freedom of association*, https://mises.org/library/freedom-association (dostęp: 22.06.2018).
445. Romanach J., Block W. E., 2017, *Medical Economics End Food and Drug Administration (FDA) and Their Impacts on Public Health*, „Journal The Winners” 2017, nr 1, s. 43-48.
446. Rosenbaum S. i in., 2015, *The Value of The Nonprofit Hospital Tax Exemption Was $24.6 Billion In 2011*, „Health Affairs”, nr 7, s. 1225-1233.
447. Rosenberg C. E., 1987, *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System*, Basic Books, Nowy Jork.
448. Ross J. S., 2002, *The Committee on the Costs of Medical Care and the History of Health Insurance in the United States*, „The Einstein Journal of Biology and Medicine” 2002, nr 19, s. 129-134.
449. Rothbard M. N., 1975, *The Correct Theory of Probability*, “Libertarian Review”, nr 2, s. 9.
450. Rothbard M. N., 2009, *Interwencjonizm, czyli władza a rynek*, Fijorr Publishing, Warszawa.
451. Rothbard M. N., 2015, *Ekonomiczny punkt widzenia*, Instytut Ludwiga von Misesa, Wrocław.
452. Rothbard M. N., 2017, *Ekonomia wolnego rynku*, Instytut Ludwiga von Misesa, Wrocław.
453. Rothberg M. B. i in., 2014, *The Cost of Defensive Medicine on Three Hospital Medicine Services*, „JAMA internal medicine” 2014, nr 11, s. 1867-1868.
454. Roy A., 2019, *To Stop Socialized Medicine, Expand Individual Choice*, https://www.nationalreview.com/2019/05/stop-socialized-medicine-expand-individual-choice/ (dostęp: 28.10.2020).
455. Rubin P. H., 1995, *FDA Advertising Restrictions: Ignorance Is Death*, w: Higgs R. (red.), *Hazardous to Our Health? FDA regulation of health care products*, The Independent Institute, USA.

456. Rudowitz R., Antonisse L., 2018, *Implications of the ACA Medicaid Expansion: A Look at the Data and Evidence*, https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/implications-of-the-aca-medicaid-expansion-a-look-at-the-data-and-evidence/ (dostęp: 24.09.2020).
457. Rudowitz R., Orgera K., Hinton E., 2019, *Medicaid Financing: The Basics*, https://www.kff.org/report-section/medicaid-financing-the-basics-issue-brief/ (dostęp: 27.09.2019).
458. Ruwart M. J., 2018, *Death by Regulation. How We Were Robbed of a Golden Age of Health and How We Can Reclaim It*, Sunstar Press and Liberty International, Kalamazoo, San Francisco.
459. Rytnia N./ U.S. Department of Homeland Security, 2008, *Estimates of the Legal Permanent Resident Population in 2007*, https://www.dhs.gov/sites/default/files/publications/LPR%20Population%20Estimates%202007_0.pdf (dostęp: 24.06.2020).
460. Sackville T., 2013, *Czynniki hamujące rozwój dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych na rynku brytyjskim*, w: Fal D. M. (red.), „Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Efektywny system na tle doświadczeń europejskich", nr 4, s. 95-103.
461. Saint S. i in., 2018, *Perception of Resources Spent on Defensive Medicine and History of Being Sued Among Hospitalists: Results from a National Survey*, „Journal od Hospital Medicine", nr 1, s. 26-29.
462. Samuelson P. A., 1954, *The Pure Theory of Public Expenditure*, „Review of Economics and Statistics", nr. 4, s. 387-389.
463. Sanandaji N., 2020, *The Henry Fords of Healthcare*, Institute of Economic Affairs, Wielka Brytania.
464. Santerre R. E., Neun S. P., 2012, *Health Economics: Theory, Insights, and Industry Studies*, Cengage Learning, USA.
465. Savedoff W. D., 2004, *Kenneth Arrow and the birth of health economics*, „Bulletin of the World Health Organization", nr 2, s. 1-2.
466. Saywer B., Cox C., Claxton G., 2017, *An analysis of who is most at risk for high out-of-pocket health spending*, https://www.healthsystemtracker.org/brief/who-is-most-at-risk-for-high-out-of-pocket-health-spending/#item-start (dostęp: 31.03.2020).
467. Seife C., 2016, *How the FDA Manipulates the Media*, https://www.scientificamerican.com/article/how-the-fda-manipulates-the-media/ (dostęp: 30.08.2019).
468. Seiffert A., 2014, *Doświadczenia niemieckie w gromadzeniu i wykorzystywaniu danych dla celów zarządzania w ochronie zdrowia*, "Wiadomości ubezpieczeniowe", nr 2, s. 99-121.
469. Self-Insurance Institute of America, brak daty, *Self-insured health group plans*, https://www.siia.org/i4a/pages/index.cfm?pageID=4546 (dostęp: 03.04.2020).
470. Semega J. i in., 2019, *Income and Poverty in the United States: 2018*, U.S. Government Printing Office, Waszyngton.
471. Schiff P., 2015, *Wielka Depresja 2.0*, Fijorr Publishing, Warszawa.
472. Scott D., Kliff S., 2017, *Why Obamacare repeal failed*, https://www.vox.com/policy-and-politics/2017/7/31/16055960/why-obamacare-repeal-failed (dostęp: 22.10.2020).

473. SHADAC/U.S. Census Bureau, 2017, *2016 health insurance coverage estimates*, https://www.shadac.org/sites/default/files/publications/SHADAC%20ACS-CPS-Webinar_2017_FINALforWeb_optimized.pdf (dostęp: 19.06.2020).
474. Shatto J. D., Clemens M. K., 2020, *Projected Medicare Expenditures under an Illustrative Scenario with Alternative Payment Updates to Medicare Providers*, Centers for Medicare & Medicaid Services, USA.
475. Sheen R., 2020, *Dave & Buster's Demonstrates Importance of Complying With the ACA*, https://acatimes.com/dave-busters-demonstrates-importance-of-complying-with-the-aca/ (dostęp: 03.09.2020).
476. Shute D., 2018, *Is it time to lift the ban on physician-owned hospitals?*, „Medical Economics", nr 10, s. 36-40.
477. Simmons-Duffin S., 2019, *Trump Is Trying Hard To Thwart Obamacare. How's That Going?*, https://www.npr.org/sections/health-shots/2019/10/14/768731628/trump-is-trying-hard-to-thwart-obamacare-hows-that-going?t=1597901071409 (dostęp: 20.08.2020).
478. Sinek S., 2013, *Zaczynaj od dlaczego. Jak wielcy liderzy inspirują innych do działania*, Wydawnictwo Helion, Gliwice.
479. Skawińska M., 2009, *Analiza funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej (na przykładzie Szwecji, Wielkiej Brytanii i Niemiec)*, "Studia Medyczne", nr 13, s. 69-77.
480. Skibińska R., 2015, *Abonamenty wygrywają z polisami*, https://www.obserwatorfinansowy.pl/tematyka/rynki-finansowe/abonamenty-wygrywaja-z-polisami/ (dostęp: 26.09.2018).
481. Smith J. C., Medalia C., 2014, *Health Insurance Coverage in the United States: 2013*, U.S. Census Bureau, Waszyngton.
482. Social Security Administration (SSA), 2018, *The 2018 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Old-Age and Survivors Insurance and Federal Disability Insurance Trust Funds*, http://www.advancingstates.org/sites/nasuad/files/Trustees%20Report%202018.pdf (dostęp: 27.09.2019).
483. Starr P., 1982, *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, USA.
484. Statista, 2019, *Total Medicaid expenditure from 1966 to 2019 (in billion U.S. dollars)*, https://www.statista.com/statistics/245348/total-medicaid-expenditure-since-1966/ (dostęp: 27.09.2019).
485. Steinreich D., 2004, *100 Years of Medical Robbery*, https://mises.org/library/100-years-medical-robbery (dostęp: 30.07.2019).
486. Steinreich D., 2004, *Real Medical Freedom*, https://mises.org/library/real-medical-freedom (dostęp: 31.07.2019).
487. Steinreich D., 2005, *Playing God at the FDA*, https://mises.org/library/playing-god-fda (dostęp: 29.08.2019).
488. Steinreich D., 2014, *Book Review: Welfare and Old Age in Europe and North America*, „The Quarterly Journal of Austrian Economics" 2014, nr 2, s. 249-259.
489. Stooksberry J., 2016, *Don't Blame Capitalism for Your Pricey EpiPen*, https://fee.org/resources/don-t-blame-capitalism-for-your-pricey-epipen/ (dostęp: 28.08.2019).

490. Tannenhill L., Tannenhill M., 2006, *Rynek i wolność*, Fijorr Publishing, Warszawa [Ebook].
491. Tauber A. I., 1992, *The two faces of medical education: Flexner and Osler revisited*, „Journal of the Royal Society of Medicine”, nr 85, s. 598-602.
492. Tedeschi P., 2015, *A New Welafre System: Friendly Societies in Eastern Lombardy from 1860 to 1914*, w: Harris B. (red.), *Welfare and old Age in Europe and North America: The Development of Social Insurance*, Routledge, Londyn, Nowy Jork.
493. Terrell H. P., Terrell T. D., 2005, *Medical Information and Bureaucracy: F.A. Hayek and the Use of Medical Knowledge*, „Journal of American Physicians and Surgeons”, nr 3, s. 76-79.
494. Terrell T. D., 2015, *Pharmaceutical Prices, Patents, and the FDA*, https://mises.org/library/pharmaceutical-prices-patents-and-fda (dostęp: 28.08.2019).
495. The Commonwealth Fund, 2016, *Underinsured Rate Increased Sharply In 2016; More Than Two Of Five Marketplace Enrollees And A Quarter Of People With Employer Health Insurance Plans Are Now Underinsured*, https://www.commonwealthfund.org/press-release/2017/underinsured-rate-increased-sharply-2016-more-two-five-marketplace-enrollees-and (dostęp: 23.06.2020).
496. The Commonwealth Fund, 2017, *Essential Facts About Health Reform Alternatives: Eliminating Cost-Sharing Reductions*, https://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2017/apr/essential-facts-about-health-reform-alternatives-eliminating-cost?redirect_source=/publications/explainers/2017/apr/cost-sharing-reductions (dostęp: 18.08.2020).
497. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2013, *Medicaid: A Primer. Key Information on the Nation’s Health Coverage Program for Low-Income People*, Kaiser Family Foundation, Waszyngton.
498. The Pew Charitable Trusts, 2016, *Household Expenditures and Income*, The Pew Charitable Trusts, USA.
499. The Physicians Foundation, 2018, *2018 Survey of America’s Physicians: Practice Patterns and Perspectives*, The Physicians Foundation, USA.
500. The Tax Policy Center, brak daty, *What is the Medicare trust fund, and how is it financed?*, https://www.taxpolicycenter.org/briefing-book/what-medicare-trust-fund-and-how-it-financed (dostęp: 26.09.2019).
501. The United States Senate Republican Policy Committee, 2017, *The American Health Care Act of 2017*, https://www.rpc.senate.gov/policy-papers/the-american-health-care-act-of-2017 (dostęp: 21.10.2020).
502. Thomasson M., 2002, *From Sickness to Health: The Twentieth-Century Development of U.S. Health Insurance*, „Explorations in Economic History”, nr 39, s. 233-253.
503. Thomasson M., 2003, *Health Insurance in the United States*, https://eh.net/encyclopedia/health-insurance-in-the-united-states/ (dostęp: 18.03.2020).
504. Thornton M., 2012, *Leki: dobre, złe i brzydkie*, https://mises.pl/blog/2012/12/03/thornton-leki-dobre-zle-i-brzydkie/ (dostęp: 29.08.2019).

505. Tolbert J. i in., 2019, *Key Facts about the Uninsured Population*, https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/ (dostęp: 27.03.2020).
506. Tracer Z., 2016, *Aetna to quit most ACA markets, joining major insurers*, https://www.benefitnews.com/news/aetna-to-quit-most-aca-markets-joining-major-insurers (25.08.2020).
507. Trefis, brak daty, *UNH Revenues: How Does UnitedHealth Make Money?*, https://dashboards.trefis.com/no-login-required/yiEfzczN/UnitedHealth-Revenues-How-Does-UnitedHealth-Make-Money-?fromforbesandarticle=unh190916 (dostęp: 10.04.2020).
508. Tucker J., 2016, *The Election Became a Referendum on Obamacare*, https://fee.org/articles/the-election-turned-on-obamacare/?utm_source=zapier&utm_medium=facebook (dostęp: 15.10.2020).
509. Tullock G., 1975, *The Transitional Gains Trap*, „Bell Journal of Economics", nr 2, s. 671-678.
510. UnitedHealth Group, brak daty, *Annual Reports & Proxy Statements*, https://www.unitedhealthgroup.com/investors/annual-reports.html (dostęp: 10.04.2020).
511. U.S. Census Bureau, 2019, *Health Insurance Coverage Measurement in the Annual Social and Economic Supplement to the Current Population Survey (CPS ASEC) and the American Community Survey (ACS)*, https://www.census.gov/programs-surveys/cps/technical-documentation/user-notes/health-insurance-user-notes/health-ins-cov-meas-asec-acs.html (dostęp: 19.06.2020).
512. U.S. Department of Homeland Security, brak daty, *Lawful Permanent Residents (LPR)*, https://www.dhs.gov/immigration-statistics/lawful-permanent-residents (dostęp: 24.06.2020).
513. U.S. Department of Justice (Antitrust Division)/ Miller J. M., 2008, *Competition in Healthcare and Certificates of Need*, https://www.justice.gov/atr/comments-competition-healthcare-and-certificates-need (dostęp: 05.05.2020).
514. U.S. Department of Justice, 2017, *U.S. District Court Blocks Aetna's Acquisition of Humana*, https://www.justice.gov/opa/pr/us-district-court-blocks-aetna-s-acquisition-humana (dostęp: 25.08.2020).
515. U.S. Department of Justice, 2017, *U.S. District Court Blocks Anthem's Acquisition of Cigna*, https://www.justice.gov/opa/pr/us-district-court-blocks-anthem-s-acquisition-cigna (dostęp: 25.08.2020).
516. Verdecchia A. i in., 2007, *Recent Cancer Survival in Europe: A 2000–02 Period Analysis of EUROCARE-4 Data*, „Lancet Oncology", nr 9, s. 784–796.
517. Wardell W., Lasagna L., 1975, *Regulation and drug development*, American Enterprise Institute, USA.
518. Wedziuk S., 2018, *Zdrowie: Zamiast pakietu usług medycznych firmy coraz częściej wybierają ubezpieczenia. Różnice między tymi produktami się zacierają*, https://www.pb.pl/abonament-kontra-polisa-902615 (dostęp: 26.09.2018).
519. Whitehouse.gov, 2017, *CBO's Failed Obamacare Enrollment Projections*, https://www.whitehouse.gov/articles/cbos-failed-obamacare-enrollment-projections/ (dostęp: 19.08.2020).

520. Whitehouse.gov, 2017, *Presidential Executive Order Promoting Healthcare Choice and Competition Across the United States*, https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/presidential-executive-order-promoting-healthcare-choice-competition-across-united-states/ (26.10.2020).
521. Whitehouse.gov, 2019, *Presidential Proclamation on the Suspension of Entry of Immigrants Who Will Financially Burden the United States Healthcare System*, https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/presidential-proclamation-suspension-entry-immigrants-will-financially-burden-united-states-healthcare-system/ (dostęp: 26.10.2020).
522. Whitehouse.gov, brak daty, *Total Outlays for Health Programs: 1962–2021*, https://obamawhitehouse.archives.gov/omb/budget/Historicals (dostęp: 05.07.2019).
523. Whitman G., 2010, *Individual Insurance Mandates*, w: Atlas S. W. (red.), *Reforming America's Health Care System: The Flawed Vision of ObamaCare*, Hoover Institution Press Publication, USA.
524. WHO, 2000, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization, Genewa.
525. WHO, brak daty, *What is the WHO definition of health?*, http://www.who.int/suggestions/faq/en/ (dostęp: 10.06.2018).
526. Whorton J. C., 2004, *Nature Cures: The History of Alternative Medicine in America*, Oxford University Press, Nowy Jork.
527. Wielicka K., 2014, *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej*, "Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie", nr 70.
528. Wilde A. Mathews, 2018, *Behind Your Rising Health-Care Bills: Secret Hospital Deals That Squelch Competition*, https://www.wsj.com/articles/behind-your-rising-health-care-bills-secret-hospital-deals-that-squelch-competition-1537281963 (dostęp: 09.04.2020).
529. Wilson L. D., 1994, *The Case Against Medical Licensing*, w: Horbenger J. G., Ebeling R. M. (red.), *The Dangers of Socialized Medicine*, The Future of Freedom Foundation, USA 1994.
530. Windak A., Hasselt P., 2005, *Primary care and general practice in Europe: Central and East*, w: Jones R. i in. (red.), *Oxford Textbook of Primary Medical Care*, Oxford University Press, Nowy Jork.
531. Wiśniewski J. B., 2018, *The Economics of Law, Order, and Action: The Logic of Public Goods*, Routledge, Londyn, Nowy Jork.
532. Wojcik J., 2013, *Self-insured firms offer medical tourism option to cut health care costs*, https://www.businessinsurance.com/article/00010101/NEWS06/312159991/Self-insured-firms-offer-medical-tourism-option-to-cut-health-care-costs (dostęp: 08.04.2020).
533. Xu J. i in., 2010, *Deaths: Final Data for 2007*, „National Vital Statistics Reports", nr 19, s. 1-19.

Spis rysunków

RYSUNEK 1. WYDATKI CAŁKOWITE NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ PER CAPITA WYBRANYCH KRAJÓW W 2013 R. 161
RYSUNEK 2. WYDATKI CAŁKOWITE NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ WYBRANYCH KRAJÓW JAKO % PKB W 2013 R. 161
RYSUNEK 3. PUBLICZNE/RZĄDOWE WYDATKI NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ PER CAPITA WYBRANYCH KRAJÓW W 2013 R. 163
RYSUNEK 4. PROCENTOWY UDZIAŁ PUBLICZNYCH/RZĄDOWYCH WYDATKÓW NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ W RZĄDOWYCH WYDATKACH CAŁKOWITYCH WYBRANYCH KRAJÓW W 2013 R. 164
RYSUNEK 5. WZROST CAŁKOWITYCH RZĄDOWYCH (FEDERALNYCH) WYDATKÓW NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ W USA W LATACH 1966-2013 164
RYSUNEK 6. PROCENTOWY UDZIAŁ WYDATKÓW NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ WYBRANYCH KRAJÓW WG POSZCZEGÓLNYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA W 2013 R. 166
RYSUNEK 7. PORÓWNANIE WSKAŹNIKÓW CEN USŁUG OPIEKI MEDYCZNEJ (CPI – MEDICAL CARE SERVICES) ORAZ CEN USŁUG SZPITALNYCH (CPI – HOSPITAL AND RELATED SERVICES) Z OGÓLNYM POZIOMEM CEN TOWARÓW I USŁUG KONSUMPCYJNYCH (CPI) W LATACH 1978-2013 167
RYSUNEK 8. PRYWATNE WYDATKI NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ PER CAPITA WYBRANYCH KRAJÓW W 2013 R. (USD PPP) 169
RYSUNEK 9. ŚREDNIA OCZEKIWANA DŁUGOŚĆ ŻYCIA W MOMENCIE URODZENIA W 2013 R. 171
RYSUNEK 10. ŚMIERTELNE WYPADKI DROGOWE (NA 100.000 LUDNOŚCI) W WYBRANYCH KRAJACH W 2013 R. 173
RYSUNEK 11. ODSETEK OSÓB OTYŁYCH W WIEKU 15 LAT LUB WIĘCEJ W 2013 R. ORAZ W 2000 R. 175
RYSUNEK 12. ŚMIERTELNOŚĆ NIEMOWLĄT W WYBRANYCH KRAJACH W 2013 R. 176
RYSUNEK 13. CZAS OCZEKIWANIA NA WIZYTĘ U SPECJALISTY W WYBRANYCH KRAJACH 181
RYSUNEK 14. CZAS OCZEKIWANIA NA WIZYTĘ U LEKARZA LUB PIELĘGNIARKI W PRZYPADKU CHOROBY LUB INNEJ POTRZEBY SKORZYSTANIA Z OPIEKI MEDYCZNEJ W WYBRANYCH KRAJACH 181
RYSUNEK 15. STOSUNEK LICZBY OSÓB APLIKUJĄCYCH DO OSTATECZNIE PRZYJĘTYCH NA STUDIA MEDYCZNE 190
RYSUNEK 16. LICZBA PRAKTYKUJĄCYCH LEKARZY PRZYPADAJĄCA NA 1.000 MIESZKAŃCÓW W WYBRANYCH KRAJACH 195
RYSUNEK 17. WYBRANE INTERWENCJE (ORAZ ICH SKUTKI) ZWIĄZANE Z DZIAŁALNOŚCIĄ AMA 201
RYSUNEK 18. KLUCZOWE INTERWENCJE FDA ORAZ ICH SKUTKI 239
RYSUNEK 19. PROCENTOWY WZROST LICZBY LEKARZY (PHYSICIAN GROWTH) I PRACOWNIKÓW (ADMIN GROWTH) ADMINISTRACYJNYCH W USA LATACH 1975-2010 254
RYSUNEK 20. WYDATKI NA POSZCZEGÓLNE RODZAJE (CZĘŚCI) PROGRAMU MEDICARE W LATACH 2008-2018 261

RYSUNEK 21. PRZYSZŁE (PROGNOZOWANE) WYDATKI NETTO NA PROGRAM MEDICARE W LATACH 2019-2029 262
RYSUNEK 22. ZMIANA POSZCZEGÓLNYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA PROGRAMU MEDICARE W WYBRANYCH LATACH 263
RYSUNEK 23. STRUKTURA UBEZPIECZONYCH ORAZ WYDATKI NA POSZCZEGÓLNE GRUPY BENEFICJENTÓW MEDICAID W 2014 R. 266
RYSUNEK 24. WYSOKOŚĆ WYDATKÓW NA PROGRAM MEDICAID W POSZCZEGÓLNYCH LATACH 267
RYSUNEK 25. HISTORYCZNY I PROGNOZOWANY UDZIAŁ POSZCZEGÓLNYCH RZĄDOWYCH WYDATKÓW FEDERALNYCH JAKO PROCENT PKB W POSZCZEGÓLNYCH LATACH 272
RYSUNEK 26. KLUCZOWE INTERWENCJE W OBSZARZE RZĄDOWYCH PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH ORAZ ICH SKUTKI 274
RYSUNEK 27. LICZBA BENEFICJENTÓW W DANYCH PLANACH ZDROWOTNYCH W LATACH 1940-1967 281
RYSUNEK 28. UDZIAŁ WSZYSTKICH BENEFICJENTÓW (W PROC.) MAJĄCYCH DOSTĘP DO POSZCZEGÓLNYCH ŚWIADCZEŃ W DANYCH PLANACH 281
RYSUNEK 29. ŚREDNIA WYSOKOŚĆ SKŁADEK W PRACOWNICZYCH UBEZPIECZENIACH ZDROWOTNYCH W LATACH 1999-2019 291
RYSUNEK 30. PORÓWNANIE DYNAMIKI WZROSTU (W PROC.) SKŁADEK PRACOWNICZYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH, STOPY INFLACJI ORAZ ZAROBKÓW PRACOWNIKÓW W LATACH 1999-2019 292
RYSUNEK 31. ODSETEK FIRM (W PROC.) OFERUJĄCYCH UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE, W ZALEŻNOŚCI OD LICZBY ZATRUDNIANYCH PRACOWNIKÓW 294
RYSUNEK 32. TEMPO WZROSTU (W PROC.) POSZCZEGÓLNYCH RODZAJÓW PŁATNOŚCI BEZPOŚREDNICH W PORÓWNANIU DO ZAROBKÓW PRACOWNIKÓW ORAZ KOSZTU UBEZPIECZENIA W LATACH 2006-2016 296
RYSUNEK 33. PROCENTOWY ODSETEK BENEFICJENTÓW Z OKREŚLONYMI PROGAMI WYDATKÓW BEZPOŚREDNICH W 2015 R. 297
RYSUNEK 34. PROCENTOWY ROZKŁAD POSZCZEGÓLNYCH RODZAJÓW PŁATNOŚCI BEZPOŚREDNICH PRZY UBEZPIECZENIACH ZDROWOTNYCH W LATACH 2003-2017 298
RYSUNEK 35. CZĘŚĆ SKŁADKI OPŁACANEJ PRZEZ PRACOWNIKÓW JAKO PROCENT SKŁADKI CAŁKOWITEJ (W PROC.) 300
RYSUNEK 36. WYSOKOŚĆ SKŁADEK W POSZCZEGÓLNYCH RODZAJACH PLANÓW UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W 2019 R. (W USD) 302
RYSUNEK 37. ZMIANY W ŹRÓDŁACH PRZYCHODÓW (W PROC.) GRUPY UNITEDHEALTH 325
RYSUNEK 38. SUMA ZYSKÓW NETTO ORAZ RENTOWNOŚĆ SPRZEDAŻY UBEZPIECZYCIELI ZDROWOTNYCH 330
RYSUNEK 39. ŚREDNIOROCZNY PROCENTOWY WZROST WYDATKÓW PER CAPITA W PROGRAMIE MEDICARE ORAZ W PRYWATNYCH UBEZPIECZENIACH ZDROWOTNYCH (PUZ) W POSZCZEGÓLNYCH OKRESACH 334
RYSUNEK 40. KLUCZOWE INTERWENCJE NA RYNKU UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH ORAZ ICH SKUTKI 337
RYSUNEK 41. PORÓWNANIE KOSZTÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ PER CAPITA POMIĘDZY POSZCZEGÓLNYMI STANAMI 346

RYSUNEK 42. KLUCZOWE INTERWENCJE AMERYKAŃSKIM SZPITALNICTWIE ORAZ ICH SKUTKI 360
RYSUNEK 43. MEDIANA DOCHODÓW I STRUKTURA WYDATKÓW AMERYKAŃSKICH GOSPODARSTW DOMOWYCH W 1996 I 2014 R. DLA CZTEROOSOBOWEGO GOSPODARSTWA DOMOWEGO (2 DOROSŁYCH I 2 DZIECI) 369
RYSUNEK 44. ODSETEK ORAZ LICZBA LUDNOŚCI USA POZOSTAJĄCY BEZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W LATACH 2000-2013................................... 379
RYSUNEK 45. DOCHODY OSIĄGANE PRZEZ NIEUBEZPIECZONE GOSPODARSTWA DOMOWE (W PROC.).. 381
RYSUNEK 46. UDZIAŁ NIEUBEZPIECZONYCH GOSPODARSTW DOMOWYCH W POSZCZEGÓLNYCH PRZEDZIAŁACH DOCHODOWYCH W 2013 R. 382
RYSUNEK 47. UDZIAŁ NIEUBEZPIECZONYCH Z POSZCZEGÓLNYCH PRZEDZIAŁÓW WIEKOWYCH W OGÓLNEJ LICZBIE LUDNOŚCI Z TYCH PRZEDZIAŁÓW W 2013 R. 384
RYSUNEK 48. UDZIAŁ POSZCZEGÓLNYCH PRZEDZIAŁÓW WIEKOWYCH W OGÓLNEJ LICZBIE NIEUBEZPIECZONYCH W 2013 R. ORAZ LICZBA NIEUBEZPIECZONYCH W TYCH PRZEDZIAŁACH 384
RYSUNEK 49. LICZBA (W) I STRUKTURA OSÓB NIEUBEZPIECZONYCH W 2007 R. 393
RYSUNEK 50. PORÓWNANIE WZROSTÓW SKŁADEK DLA WYBRANYCH PLANÓW W LATACH 2014-2020 434
RYSUNEK 51. UDZIAŁ POSZCZEGÓLNYCH PLANÓW ZDROWOTNYCH W RAMACH HEALTHCARE INSURANCE MARKETPLACE 438
RYSUNEK 52. LICZBA UBEZPIECZONYCH NA FEDERALNYM I STANOWYCH RYNKACH/GIEŁDACH W LATACH 2014-2020 448
RYSUNEK 53. SZACUNKI CBO DOTYCZĄCE LICZBY UBEZPIECZONYCH NA RYNKACH/GIEŁDACH ORAZ ICH STAN FAKTYCZNY 449
RYSUNEK 54. NOWI UBEZPIECZENI NA RYNKACH/GIEŁDACH W POSZCZEGÓLNYCH LATACH 451
RYSUNEK 55. PROCENTOWY UDZIAŁ LICZBY UBEZPIECZONYCH W POSZCZEGÓLNYCH PLANACH ZDROWOTNYCH 452
RYSUNEK 56. ŚREDNIA LICZBA UBEZPIECZYCIELI W KAŻDYM STANIE OFERUJĄCA PLANY ZDROWOTNE W RAMACH HEALTHCARE INSURANCE MARKETPLACES............... 461
RYSUNEK 57. UDZIAŁ UBEZPIECZONYCH (W PROC.) MAJĄCYCH DOSTĘP DO OKREŚLONEJ LICZNY UBEZPIECZYCIELI OFERUJĄCYCH PLANY ZDROWOTNE W RAMACH HEALTHCARE INSURANCE MARKETPLACES.. 462
RYSUNEK 58. LICZBA HRABSTW (W PROC.) O OKREŚLONEJ LICZBIE UBEZPIECZYCIELI463
RYSUNEK 59. DYNAMIKA WZROSTU CEN LEKÓW ORYGINALNYCH (W PROC.) W LATACH 2014-2018.. 479
RYSUNEK 60. KWALIFIKOWALNOŚĆ POSZCZEGÓLNYCH GRUP NIEUBEZPIECZONYCH DOROSŁYCH DO UZYSKANIA WSPARCIA W RAMACH OBAMACARE W 2018 R. .. 483
RYSUNEK 61. LICZBA I STRUKTURA DOROSŁYCH NIEUBEZPIECZONYCH MOGĄCYCH POTENCJALNIE SKORZYSTAĆ Z ROZSZERZENIA MEDICAID 485
RYSUNEK 62. ZMIANA POPARCIA DLA UTWORZENIA MEDICARE FOR ALL WOBEC JEGO MOŻLIWEGO WPŁYWU NA OBECNY SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ (W PROC.) . 509
RYSUNEK 63. UDZIAŁ WYDATKÓW WG POSZCZEGÓLNYCH ŹRÓDEŁ NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ W USA ORAZ W WYBRANYCH KRAJACH (JAKO PROCENT PKB) 512
RYSUNEK 64. WYDATKI NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ ZE ŹRÓDEŁ PUBLICZNYCH JAKO ODSETEK CAŁKOWITYCH WYDATKÓW RZĄDOWYCH (W PROC.) 513

RYSUNEK 65. ZMIANA UDZIAŁU POSZCZEGÓLNYCH RODZAJÓW WYDATKÓW NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ (W PROC.) W WYDATKACH CAŁKOWITYCH ORAZ WYDATKI PER CAPITA W LATACH 1960-2018 514
RYSUNEK 66. KORZYŚCI OSIĄGANE PRZEZ KONSUMENTÓW ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W STOSUNKU DO PONOSZONYCH WYDATKÓW WG POSZCZEGÓLNYCH FORM FINANSOWANIA DOSTĘPU DO TYCH ŚWIADCZEŃ 515

Spis tabel

TABELA 1. UDZIAŁ LUDNOŚCI USA W POSZCZEGÓLNYCH PROGRAMACH/UBEZPIECZENIACH FINANSUJĄCYCH DOSTĘP DO USŁUG MEDYCZNYCH W 2013 R. 166
TABELA 2. CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA OCZEKIWANĄ DŁUGOŚĆ ŻYCIA. 172
TABELA 3. PORÓWNANIE WYSOKOŚCI KOSZTÓW ADMINISTRACYJNYCH MEDICARE I PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W LATACH 2000-2005................ 256
TABELA 4. LICZBA UBEZPIECZONYCH PRACOWNIKÓW ORAZ BENEFICJENTÓW OBJĘTYCH OKREŚLONYMI UBEZPIECZENIAMI/PROGRAMAMI SPOŁECZNYMI W DANYCH LATACH 265
TABELA 5. RODZAJE PŁATNOŚCI BEZPOŚREDNICH W UBEZPIECZENIACH ZDROWOTNYCH.. 295
TABELA 6. KORZYŚCI DLA PRACODAWCÓW WYNIKAJĄCE Z PLANÓW OPARTYCH NA SAMO-UBEZPIECZENIU 308
TABELA 7. ZAKRES ORAZ KOSZTY OFEROWANYCH USŁUG MEDYCZNYCH W POSZCZEGÓLNYCH KRAJACH W PORÓWNANIU DO USA 315
TABELA 8. WYNIKI FINANSOWE UBEZPIECZYCIELI ZDROWOTNYCH OSIĄGAJĄCYCH NAJWIĘKSZE PRZYCHODY W 2007 ORAZ W 2019 R. WG FORTUNE 500 332
TABELA 9. SZACOWANE KORZYŚCI PODATKOWE DLA SZPITALI NIE NASTAWIONYCH NA ZYSK 340
TABELA 10. WYBRANE KLUCZOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE STOSUNKU LEKARZY DO SWOJEJ PRACY 358
TABELA 11. KATEGORIE, KRYTERIA ORAZ ICH WAGI OKREŚLAJĄCE OGÓLNY WSKAŹNIK OSIĄGNIĘĆ SYSTEMU 396
TABELA 12. WYBRANE BŁĘDY RAPORTU WHO – THE WORLD HEALTH REPORT 2000: HEALTH SYSTEMS: IMPROVING PERFORMANCE (2000 R.)................................ 399
TABELA 13. WYSOKOŚCI ORAZ LIMITY KAR FINANSOWYCH ZA BRAK UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO 404
TABELA 14. ULGI PRZYSŁUGUJĄCE CZTEROOSOBOWEJ RODZINIE W ODNIESIENIU DO POZIOMU FPL (2014 R.) 405
TABELA 15. ULGI PRZYSŁUGUJĄCE CZTEROOSOBOWEJ RODZINIE W ODNIESIENIU DO POZIOMU FPL (2014 R.) 407
TABELA 16. WYBRANE PROGNOZOWANE WZROSTY SKŁADEK (USD) INDYWIDUALNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH PRZED I PO WEJŚCIU W ŻYCIE OBAMACARE (2013-2014)... 431
TABELA 17. ŚREDNI WZROST SKŁADEK NA RYNKACH/GIEŁDACH W LATACH 2014-2020 (USD).. 433
TABELA 18. ZGŁASZANE/SZACOWANE WZROSTY SKŁADEK PRZEZ GŁÓWNYCH UBEZPIECZYCIELI W POSZCZEGÓLNYCH STANACH NA 2016 R. 436
TABELA 19. ŚREDNIA WYSOKOŚĆ PRZYZNANEJ ULGI PODATKOWEJ (APTC) W LATACH 2015-2020.. 440
TABELA 20. 5 NAJWIĘKSZYCH WZROSTÓW/SPADKÓW WYSOKOŚCI ULG PODATKOWYCH W 2017 R. ORAZ ICH WPŁYW NA WYSOKOŚĆ SKŁADEK PŁACONYCH PRZEZ UBEZPIECZONYCH 441

TABELA 21. ŚREDNIA WYSOKOŚĆ UDZIAŁU WŁASNEGO (DEDUCTIBLE) Z UWZGLĘDNIENIEM CSR DLA POSZCZEGÓLNYCH PLANÓW ZDROWOTNYCH W LATACH 2016-2020 (USD) 444
TABELA 22. PRZYCZYNY WADLIWEGO DZIAŁANIA HEALHCARE.GOV 453
TABELA 23. PRZYKŁADOWE WYSOKOŚCI PODATKU OD CADILLACA – GDYBY WSZEDŁ ON W ŻYCIE W 2018 R. 469